FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N° 99

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Georges DEBRAY

Né le 24 mars 1900 à Creil (Oise)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LA CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE SANS DRAINAGE

TECHNIQUE ET SUITES OPÉRATOIRES

Président : M. H. HARTMANN, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Georges DEBRAY
Né le 24 mars 1900 à Creil (Oise)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LA CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE SANS DRAINAGE

TECHNIQUE ET SUITES OPÉRATOIRES

Président : M. H. HARTMANN, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	N...
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
NEVEU LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT, PROUST, SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A TOUS LES MIENS

En témoignage de ma sincère affection.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur H. HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Qui ne s'est jamais départi à notre égard de sa rude bonté depuis que nous avons eu l'honneur d'être son interne. Faible témoignage de notre affectueuse reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé E. DESMAREST

Chirurgien de l'Hôpital Ambroise-Paré

Qui nous a inspiré ce travail. En témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon respectueux attachement.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé G. LARDENNOIS

Chirurgien de l'Hôpital des Ménages

En témoignage de reconnaissance pour les enseignements éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A Monsieur le Docteur G. MÉTIVET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui fut pour nous le meilleur des Maîtres et le plus sincère des amis.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1918. — M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*).
1919. — M. le Professeur H. ROGER.

Externat

1920. — M. le Docteur NETTER.
1921. — M. le Docteur LARDENNOIS.
1922. — M. le Docteur PARMENTIER.

Internat Provisoire

1923. — M. le Docteur LAUNAY.

Internat

1924. — M. le Professeur LEJARS.
1926. — M. le Professeur H. HARTMANN.
1927. — M. le Docteur DESMAREST.
1928. — M. le Docteur LARDENNOIS.
1929. — Monsieur le Docteur WIART.
1929. — Monsieur le Docteur MARION.

A MM. les Docteurs :

DE GENNES, MARQUÉZY et E. BERNARD, Médecins des Hôpitaux.

CAPETTE, MADIER, BRAINE, BOPPE et HUET, Chirurgiens des Hôpitaux.

A MES COLLÈGUES ET AMIS

les Docteurs : Mme A. ARDOIN-LINOSSIER, G. ARDOIN, R. BERNARD, A. JOB, L. JUBÉ, M. FAURE, R. BARBAT et P. ROGÈS.

INTRODUCTION

La cholécystectomie classique par voie directe ou par voie rétrograde est actuellement une opération bien réglée dans sa technique et dans ses indications : et nombreux sont les cas où elle se présente comme une intervention rapide, facile et sûre. Le diagnostic clinique, aidé d'examens complémentaires, est précoce ; l'état général et le début récent de l'affection laissent une grande liberté d'exécution au chirurgien ; car, en fait, il n'est pas rare de voir des vésicules indiscutablement malades, chroniquement enflammées, calculeuses ou non, qu'une bonne incision permet d'aborder facilement et qu'une anesthésie bien conduite rendent aisément enlevables.

Dans de telles conditions, n'y aurait-il pas mieux à faire qu'une exérèse brillante et rapide ? Ne vaudrait-il pas mieux, songeant moins à la facilité de l'opération qu'à l'avenir du malade, faire une ablation soigneuse, minutieuse, laborieuse même parfois ? Ne vaudrait-il pas mieux, dans les cas favorables, supprimer tout drainage et faire ce que déjà, en 1899, au Congrès de Chirurgie, de Paris, on appelait la cholécystectomie « idéale ».

Bien entendu, l'ablation de la vésicule par voie sous-séreuse, sans drainage, ne saurait s'appliquer à toutes les cholécystites. Les formes aiguës et les péri-cholécystites, les gangrènes de la vésicule et les pyocholécystes ne doivent pas être enlevés par voie sous-séreuse : la gravité de l'infection causale n'autorise pas la suppression du drainage.

Les cancers de la vésicule, les vésicules scléro-atrophiques ne permettent pas de faire un décollement sous-péritonéal.

Mais, en dehors de ces cas, il en existe de nombreux, les plus nombreux peut-être, où la vésicule, parfois distendue à l'extrême, formant hydrocholécyste, parfois bourrée de calculs, parfois incrustée de petits cristaux de cholestérine, est recouverte d'une séreuse qui se laisse aisément cliver de la paroi sous-jacente : la « sous-séreuse » est alors pour nous l'opération de choix.

En effet, elle va permettre, sans faire courir le moindre risque à l'opéré :

1° *La péritonisation sûre et complète du moignon cystique et de la fossette vésiculaire ;*

2° *La suppression de tout drainage sans aucun danger.*

CHAPITRE PREMIER

—

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

L'ablation sous-séreuse de la vésicule biliaire d'une part, la suppression du drainage après l'exérèse d'autre part, sont des méthodes qui ont été depuis longtemps proposées, discutées, rejetées ou adoptées selon les écoles et les chirurgiens : leurs indications et leur but même ont été envisagés différemment par les différents opérateurs : les publications, les observations, les comptes-rendus opératoires, les descriptions de technique en font foi, et bien que dans notre esprit la « sous-séreuse » soit le seul procédé permettant de supprimer sans risque le drainage, il nous est impossible de ne pas séparer l'historique de ces 2 méthodes.

1° La cholécystectomie sous-séreuse

L'exérèse de la vésicule biliaire après décollement sous-séreux n'est pas une opération nouvelle :

En 1899, Doyen, au Congrès de Chirurgie Français,

à Paris, proposait, le premier, l'ablation sous-séreuse de la vésicule « appliquant ainsi à la chirurgie des voies biliaires la technique employée pour la chirurgie de l'intestin ». Il insistait sur l'utilité du manchon péritonéal pour isoler la région vésiculaire de la grande cavité.

En 1903, à Lyon, sur la publication d'un cas de cholécystectomie sous-séreuse pour empyème de la vésicule, Villard montrait tout l'intérêt de la méthode : Bérard, Vincent, Tixier se ralliaient à ses conclusions : la « sous-séreuse » permettait de faire l'exérèse sans risque d'infection péritonéale, de drainer au contact du cystique, sans recourir aux larges tamponnements que préconisait Kehr, enfin « d'éviter les ennuis de fistules persistantes qui sont l'habituel résultat des cholécystostomies » : Vincent voulait même voir dans cette technique le pendant de la décortication sous-capsulaire du rein dans les néphrectomies : elle permettait, sans risquer de léser un viscère voisin, d'enlever la vésicule avec sécurité.

En 1904, Tixier présentait à la Société de Chirurgie de Lyon une mise au point de la question et faisait écrire à ses élèves deux thèses :

L'une, sur la cholécystectomie sous-séreuse (P. Buffé, 1907, *Thèse de Lyon*) qui règle la technique dans ses moindres détails et met en évidence l'existence d'un tissu cellulaire, lâche, sous-séreux et ainsi la possibilité de cliver le feuillet péritonéal qui recouvre les parois vésiculaires ;

L'autre, sur l'opération de Kehr sous-séreuse (G. Schangal : de la cholécystectomie sous-séreuse dans l'opération

de Kehr, 1908, *Thèse de Lyon*) qui montre tout l'intérêt que l'on pouvait tirer de ces deux lambeaux de péritoine pour isoler de la grande cavité abdominale, le drainage de la voie principale.

Cotte, en 1908, reprenait encore la question et écrivait un chaud plaidoyer en faveur de l'ablation sous-séreuse. Il précisait que le procédé ne pouvait être appliqué à tous les cas et ne saurait se substituer à la cholécystectomie classique, « il nécessite en effet une vésicule libre d'adhérences sur la face inférieure ; il est contre-indiqué dans les infections aiguës, hémorragiques ou gangreneuses, dans les cancers et les abcès périvésiculaires ; il est par contre le procédé de choix dans les cholécystites chroniques et les hydrocholécystes.

Enfin tout récemment, Sweek et Woodmann publiaient une technique de décortication sous-séreuse de la vésicule, du fond vers le cystique : mais ils recommandaient de ne pas abandonner la ligature du cystite sans drainage.

Quoi qu'il en soit, si nous résumons les indications et surtout les avantages de cette cholécystectomie sous-séreuse nous voyons aussitôt qu'ils diffèrent beaucoup selon les chirurgiens.

Pour les uns, elle est le moyen le plus sûr de faire l'exérèse complète d'une vésicule très adhérente sans danger pour les organes voisins : c'est là l'application du principe de l'appendicectomie sous-séreuse ou de la néphrectomie sous-capsulaire.

Pour les autres, elle est un procédé intermédiaire à la cholécystectomie et à la cholécystostomie mais n'en-

traîne pas de fistule persistante comme cette dernière.

Pour la majorité enfin, elle est le meilleur moyen d'enlever une vésicule à contenu septique sans risques d'infection péritonéale : par la suture des 2 lambeaux séreux, elle isole le champ opératoire de la grande cavité abdominale et elle permet de drainer par tube de caoutchouc, au contact du cystique sans avoir recours aux mèches ou au tamponnement sous-hépatique.

Nous verrons que, dans notre esprit, la cholécystectomie sous-séreuse remplit un autre rôle beaucoup plus important depuis que la protection du champ opératoire est devenu vraiment effective : celui de permettre une péritonisation complète avec enfouissement du cystique : de supprimer, en l'absence de toute infection aiguë, la nécessité du drainage et, de ce fait, de réduire au minimum les risques d'adhérences post-opératoires.

2° La suppression du drainage

L'idée de supprimer tout drainage de la région sous-hépatique n'est pas nouvelle.

En 1882, Langenbuck qui fit, le premier, l'ablation de la vésicule biliaire, ferma complètement la paroi abdominale après avoir lié deux fois le canal cystique au fil de lin ; mais ce procédé, jugé trop hasardeux, fut longtemps abandonné.

Toutefois des chirurgiens s'élevèrent bientôt contre le drainage systématique par mèches ou tamponnements après cholécystectomie et conseillèrent sinon de le supprimer, du moins de le réduire au minimum.

Mayo-Robson, en 1904, croit à l'inutilité du drainage s'il n'y a aucun suintement sanguin ou biliaire et s'il n'y a pas eu contamination du champ opératoire par du pus ou par le contenu vésiculaire.

Moynihan, en 1905, écrit que, si les lésions sont limitées à la vésicule, il n'est pas nécessaire de drainer et que l'on peut sans crainte fermer complètement la paroi abdominale.

Puis Witzel, en 1905, rapporte une série de 500 cas sans drainage avec une seule mort dont la cause d'ailleurs n'est pas rapportée ; pour prévenir les lâchages du cystique, il enroulait celui-ci sur lui-même en le fixant par de très fines sutures.

En 1912, Goldmann, dans un long article se basant sur les méthodes employées à la clinique de Rotter, rapporte 95 cholécystectomies sans drainage avec une seule mort ; mais il insiste sur la nécessité de lier deux fois le cystique le repliant sur lui-même et de péritoniser complètement le lit vésiculaire et le moignon cystique.

Puis en 1917, Willis A. M. commence une campagne sans défaillance contre le drainage, proclamant non seulement son inutilité mais surtout ses inconvénients.

A sa suite Bottomley, Richter et Buchbinder publient leurs résultats et leurs expérimentations chez le chien : pour ces auteurs, il faut écraser le cystique, le lier avec un catgut fin et éviter l'emploi de fils non résorbables ; il est inutile de péritoniser, mieux vaut s'il y a un léger suintement que celui-ci s'écoule dans la cavité péritonéale que dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; il n'y

a pas à craindre de lâchage du cystique, ceux-ci ayant toujours pour cause la présence du drain et n'existant jamais en l'absence de drainage.

En 1921, Willis A. M. rapporte les résultats de 72 cholécystectomies sans drainage : 2 malades sont morts, à l'autopsie desquels la ligature du cystique a été trouvée intacte. Les autres opérés présentèrent une convalescence plus courte et moins pénible et surtout des suites éloignées bien meilleures.

Enfin, en 1924, Mayo C. H. réduit le drainage sous-hépatique à un simple faisceau de catgut maintenu au contact du cystique et traversant la paroi abdominale complètement suturée.

En Allemagne, en 1920, Haberer rapporte qu'ayant eu à faire plusieurs fois une cholécystectomie comme temps complémentaire d'opérations gastriques ou duodénales, il fut gêné pour le drainage et ferma complètement la paroi abominale. Satisfait des résultats obtenus dans ces cas, il a élargi les indications de cette méthode et, dans les dix dernières années, sur un total de 71 cholécystectomies, il supprima tout drainage dans 31 cas. Cette cholécystectomie « idéale » ne saurait être possible dans les infections de la voie principale ou les péricholécystites suppurées, imposant le drainage du cholédoque ou du foyer opératoire : les principaux avantages sur lesquels Haberer insiste sont la brièveté et la simplicité des suites opératoires, l'absence des adhérences ou du moins leur limitation. Chez un seul opéré, il dut réintervenir pour pseudo-récidive de coliques hépatiques et ne trouva pas d'adhérences mais seulement un

cholédoque rempli de bile claire sans obstruction calcu leuse ; les trente autres opérés étaient parfaitement guéris.

En 1921, A. Schultz publie les résultats opératoires de 25 cholécystectomies sans drainage : il insiste sur la nécessité de faire une double ligature du cystique au catgut le plus souvent et surtout une péritonisation soigneuse du lit vésiculaire avec enfouissement du moignon cystique.

En 1923, Von Hofmeister rapporte 117 cas de cholécystectomie sans drainage ; les suites opératoires ont été très simples chez tous ses opérés, sauf trois : ces derniers avaient été opérés pour cholécystites à évolution aiguë, avec fièvre élevée : dans les trois cas, il dut réintervenir pour pratiquer un drainage secondaire qui amena la guérison. Aussi recommande-t-il de rejeter ce procédé, s'il existe une péricholécystite suppurée ou une péritonite de voisinage. En dehors de ces conditions et, bien entendu, en dehors des cas d'angiocholite, la nature et le degré d'inflammation de la vésicule biliaire ne sauraient constituer une contre-indication et l'on peut refermer complètement la paroi si le parenchyme hépatique n'a pas été dénudé, si le lit vésiculaire est complètement péritonisé et si le moignon cystique a été bien enfoui.

O. Bokastoff préconise aussi la fermeture sans drainage, si deux conditions essentielles se trouvent réalisées : d'une part, l'absence de toute hémorragie et de tout écoulement de bile dans la zone opératoire, d'autre part, l'absence de tout calcul, de toute infection, de

toute stase dans la voie biliaire principale. Il procède toujours par double ligature du cystique au catgut le plus souvent, et par fixation du moignon dans le lit vésiculaire sous la péritonisation.

Pribram surtout se montre un adversaire résolu de tout drainage. Pour lui, le drainage par mèches serait une des causes les plus importantes de la gravité opératoire de certaines cholécystectomies. Il en publie plusieurs exemples indiscutables.

En Italie, Pototschnig écrit un chaud plaidoyer pour la suppression du drainage après cholécystectomie, si ces quatre conditions essentielles sont réalisées : décortication sous-séreuse de la vésicule biliaire qui laisse du tissu conjonctif sur le lit hépatique, ligature isolée et enfouissement du canal cystique, hémostase parfaite, péritonisation complète. Depuis 1922, date à laquelle cette technique fut systématiquement suivie, Pototschnig n'eut jamais un seul incident.

En Amérique, Fowler R. S. rapporte 80 cholécystectomies sans drainage dont les suites opératoires ne furent jamais troublées par l'issue de bile ou la présence de bile dans les complications pariétales : un opéré est mort d'occlusion intestinale à l'autopsie duquel on ne trouva aucun signe de péritonite ou de lâchage du cystique.

Stetten publie une technique de cholécystectomie qui permet de recouvrir de péritoine le moignon cystique, seul moyen de supprimer avec sécurité le drainage ; mais il insiste sur la nécessité de choisir très soigneusement ses cas et de conserver le drainage si l'infection

est grave, si le cystique est friable ou si la ligature du cystique ne semble pas correcte.

En France, la tendance générale est de réduire au minimum le drainage mais non de le supprimer complètement. A l'exemple de M. Tixier, de nombreux chirurgiens s'efforcent de tailler sur les flancs droit et gauche de la vésicule biliaire un lambeau péritonéal qui, après ablation de la vésicule, seront partiellement suturés sur un petit drain maintenu au contact du moignon cystique : cet isolement du drainage sous-hépatique évite l'emploi de mèches toujours pénibles à enlever et souvent responsables d'adhérences douloureuses dans les suites éloignées :

Tel est le conseil de ceux qui, comme MM. Cotte et Villard, recommandent pourtant la cholécystectomie sous-séreuse mais condamnent la suppression du drainage, estimant qu'on ne peut être assuré de l'efficacité de la ligature du cystique.

Tel est aussi le conseil du Pr Gosset qui rapporte plusieurs observations de « lâchage » du cystique pour lesquels on dut faire, au cours d'une nouvelle intervention, un drainage secondaire.

Tel est aussi l'avis de M. Pauchet qui, toutefois, reconnaît que dans les cas où la « sous-séreuse » fut facile et le suintement du lit vésiculaire minime, une péritonisation complète peut donner une parfaite sécurité.

Le Pr Lecène conseille de laisser pendant deux ou trois jours sous le foie une petite mèche de gaze entourée de cellophane (drain-cigarette des Américains), bien qu'à la suite des publications de Von Haberer, il

ait, dans quelques cas, refermé le paroi sans aucun drainage :

M. Marion, dans sa *technique chirurgicale,* recommande de drainer au contact du cystique et de mécher si la surface cruentée de la fossette vésiculaire laisse suinter du sang ou de la bile.

Ce sont encore les mêmes recommandations que donnent MM. Stern et Fourche dans leur *tactique opératoire* des voies biliaires, M. J. Quénu, dans son *Précis de chirurgie de l'abdomen,* M. Pascalis, dans sa *Pratique chirurgicale.*

Mais M. le Pr Duval et M. Richard reconnaissent que l'idéal est de ne pas drainer même dans les cas très complexes où la cholécystectomie fut suivie de cholécystectomie avec drainage interne transvatérien : une de leurs observations en est la preuve la plus formelle.

Sur la constatation régulière de l'inutilité du drainage dans les cas faciles et peut-être plus encore en présence des récidives douloureuses que seules des adhérences peuvent expliquer, quelques chirurgiens se sont laissé entraîner par les publications des auteurs allemands ou américains, ont parfois enlevé des vésicules sans drainer mais n'ont pas osé ériger cette méthode en procédé de choix.

Le premier en France, le Dr Desmarest se montra un partisan convaincu de la cholécystectomie sous séreuse sans drainage et c'est à son instigation que nous avons entrepris l'étude de cette technique.

Mais déjà, en 1927, M. Desmarest publiait dans le *Journal de Chirurgie* les indications et la technique

qu'il avait employés. Travail plus modeste, nous nous proposons surtout de montrer les suites immédiates et les résultats éloignés de cette méthode en nous basant sur 42 observations de malades suivis pendant des périodes allant de un à dix ans.

Nous rappellerons rapidement la technique opératoire en donnant nos meilleures preuves en faveur de la méthode.

Nous apporterons ensuite les résultats immédiats de ces 42 opérations.

Enfin, nous dirons quelles ont été les suites éloignées des 28 opérés qu'il nous a été possible de réinterroger et de réexaminer.

CHAPITRE II

—

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique que nous nous proposons de décrire ne saurait prétendre à l'originalité : peut-être beaucoup diront que ce procédé leur est depuis longtemps familier : on nous excusera cependant de le rappeler et surtout d'insister sur certains points essentiels qui nous paraissent la meilleure assurance au succès de l'opération.

Si un procédé opératoire ne vaut que par l'application attentive et soigneuse dans ses moindres détails, c'est surtout en matière de cholécystectomie sous-séreuse que la correcte exécution de ces petits détails fera donner au procédé tout ce que l'on peut en attendre ; il ne prête guère à cette virtuosité opératoire qui permet d'enlever une vésicule en quelques minutes ; et le chirurgien que séduirait la sous-séreuse ne devra jamais oublier ce principe sous peine de chercher en vain dans cette méthode des avantages que nous n'avons pas voulu lui reconnaître.

Enfin, sans craindre le reproche de la banalité, nous reviendrons sur des méthodes classiques, sinon classées : leur application indolente ou hâtive entre les mains de chirurgiens qui les connaissent mieux que tout autre, nous a convaincu qu'elles valaient moins par elles-mêmes que par l'usage qu'on en faisait ; ceci dit, pour nous excuser de croire qu'il n'y a pas de petits moyens en chirurgie biliaire.

Premier temps (1). — Position de l'opéré. — Incision de la paroi. — Exploration des voies biliaires.

1° *Position de l'opéré.*

Les avantages de l'hyperextension du tronc, dans l'abord des voies biliaires, sont trop classiques pour que nous y insistions. Cependant, il faut bien se rappeler que la lordose opératoire doit être dorso-lombaire et non pas lombaire ; c'est dire que le coussin de Mayo-Robson ou mieux, le billot de Pillet, doit être placé sous la base du thorax, juste au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; c'est dire encore que, sur la table coudée de Guyot, l'opéré doit être placé de telle sorte que *l'appendice xiphoïde soit à l'aplomb de la cassure* (la table de Guyot permet encore, en plaçant les épaulières sous la plante des pieds, de mettre l'opéré en position proclive de telle sorte que les viscères glissent vers le petit

(1) La technique que nous décrivons est celle que nous a enseigné notre maître le Dr Desmarest et qu'il a longuement décrite dans le *Journal de Chirurgie*, t. XXX, n° 6, décembre 1927.

bassin et que le foie s'abaisse). L'anesthésiste ne doit pas oublier que, si, à ce moment, la tête retombe en arrière, la respiration et la circulation seront très gênées ; il est facile d'y remédier en glissant un coussin, sous la tête.

Les avantages que donne la position de l'opérateur, nous semble être surtout une question d'habitude ; cependant, il est plus facile d'enlever une vésicule en se plaçant à droite, d'explorer un cholédoque en se mettant à gauche.

2° *Incision de la paroi.*

Pour mener à bien facilement et sûrement la décortication sous-séreuse, l'incision que l'on choisit, doit :

— donner un « jour » suffisant qui puisse, au besoin, être élargi sans difficulté,

— s'ouvrir largement en lordose opératoire,

— être exécutée et réparée facilement et rapidement.

Parmi les très nombreuses, trop nombreuses même, voies d'abord, nos préférences vont, indiscutablement aux incisions obliques ou transversales : sous-costale de Kocher, oblique d'Hartmann, et surtout transversale basse de Sprengel :

Celle-ci nous a toujours donné le maximum d'avantages depuis que nous en avons modifié quelques détails.

Elle ne doit pas être transversale mais légèrement oblique de telle sorte que sa portion externe, plus basse que l'interne, coupe l'aponévrose d'insertion du grand

oblique, mais dissocie les faisceaux musculaires du petit oblique et du transverse.

Elle ne doit pas être trop basse sous peine de rendre impossible toute tentative d'extériorisation du foie : elle commencera donc à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ou mieux, si l'on peut palper le bord antérieur du foie à travers la paroi abdominale anesthésiée, légèrement au-dessus de lui.

Elle sera d'abord une incision d'exploration n'intéressant que la largeur du grand droit ; elle pourra être aisément agrandie en dehors et en dedans, donnant alors un jour considérable.

La facilité d'exécution de cette incision dépend de petits détails que l'on n'ose à peine décrire mais qui n'en sont pas moins nécessaires à connaître.

L'incision cutanée sera longue, commencera près de la ligne médiane, se dirigera légèrement oblique en bas et en dehors et se terminera nettement au delà du grand droit ; le feuillet antérieur de la gaine de ce muscle sera incisé en ménageant le corps musculaire et, après avoir dégagé le bord externe du droit, il sera facile de glisser les ciseaux fermés sous le muscle et de le séparer de la gaine postérieure qui le double ; il faut ensuite « bloquer » les faisceaux musculaires avant de les sectionner en les solidarisant à la gaine antérieure ; quelques points en U passés à l'aiguille de Reverdin assureront la fixation du muscle et, du même coup, son hémostase (1).

---

(1) Il est toujours long d'écrire et pénible de lire un détail de technique que quelques instants suffisent à réaliser. Pour exécuter rapide-

3° *Exploration des voies biliaires.*

La grande cavité abdominale ouverte, des champs intestinaux imbibés de sérum chaud et exprimés soigneusement, forment une barrière efficace excluant le reste de la cavité péritonéale.

Si la vésicule est de longue date enflammée, noyée au milieu d'adhérences épaisses et résistantes, indiquée seulement par l'échancrure qui en marque le lit sur le bord antérieur du foie, le chirurgien ne doit pas, au milieu de ces adhérences, tenter de faire une sous-séreuse typique : l'importance des lésions ne permettrait pas, le plus souvent, de tirer grand profit de cette technique, ni de supprimer le drainage en toute sécurité.

Si la vésicule adhère médiocrement, soit au côlon, soit à l'épiploon, soit au duodénum, le chirurgien la libèrera lentement et soigneusement jusqu'à ce qu'au moins les deux tiers antérieurs soient aisément explorables.

---

ment ces points en U, il suffira de glisser sous le muscle, décollé de sa gaine postérieure, une aiguille de Reverdin mousse, de charger le plus de faisceaux musculaires possible, de faire sortir l'aiguille à travers l'une des lèvres de la gaine antérieure déjà sectionnée ; le catgut chargé, l'aiguille sera retirée mais retraversera la gaine antérieure plus en dehors avant de libérer le catgut ; l'anse ainsi décrite contiendra des faisceaux musculaires et la portion correspondante de la gaine antérieure. La ligature faite avec un gros catgut ne coupera pas le muscle et, solidement amarrée à la gaine, ne pourra pas glisser ; cette petite manœuvre sera répétée de la même façon pour la partie opposée de la même portion musculaire. Le muscle sera sectionné aux ciseaux entre ces deux ligatures et l'on progressera vers le bord interne en recommençant de la même manière ; en deux ou trois fois, le muscle sera complètement sectionné et efficacement bloqué contre sa gaine antérieure. Peut être beaucoup de détails de techniques ne valent que par l'habitude que l'on en a.

Si la vésicule est libre d'adhérences, toutes les manœuvres opératoires seront simplifiées.

L'extériorisation du foie n'est pas toujours possible mais elle doit toujours être loyalement tentée. Si le foie est souple et ptosé, s'il s'agit d'une femme, en attirant le bord antérieur en bas d'abord, puis en le basculant vers le haut, on peut, véritablement extérioriser les voies biliaires ; si le foie est haut situé, difficile à saisir, on peut l'attirer en sectionnant le ligament rond qui servira de tracteur, l'abaisser en glissant entre sa convexité et le diaphragme quelques champs intestinaux.

Quoi qu'il en soit, avant toute chose, comme dans toutes les cholécystectomies, la voie principale sera soigneusement, longuement, minutieusement explorée, pour ne pas laisser passer inaperçu un calcul latent du cholédoque ou une pancréatite chronique sténosante.

Deuxième temps : Décortication de la vésicule et ligature du cystique.

1° *Décortication de la vésicule.* — Le foie extériorisé, la vésicule libérée, on en saisit le fond avec une pince en cœur ou une pince à cadre et on la confie à un aide. Sur la face inférieure ainsi tendue et exposée, on fait, au bistouri, une incision longitudinale de la séreuse sur quelques centimètres, puis, avec la pointe mousse de ciseaux courbes fermés, on amorce le décollement en se tenant aussi loin que possible sur le corps de la vésicule : *c'est, en effet au tiers moyen que le plan de*

clivage est le plus facile à trouver; c'est en restant trop près du fond de la vésicule que l'on a quelques difficultés à commencer ce décollement. Dès que les lambeaux péritonéaux sont amorcés, on en repère les bords avec des pinces de Péan et on poursuit aisément le clivage, soit aux ciseaux courbes, soit avec de petits tampons montés.

M. Desmarest, à cet effet, a fait établir sur ses indications, une sorte de spatule mousse assez large qui facilite beaucoup cette dissection.

Cette dénudation est délicate au niveau du fond ; elle est rapide et facile dès qu'on approche du col ; elle est encore très aisée au niveau de la face supérieure : en effet, on ne rencontre jamais dans la décortication de la face supérieure, les difficultés et les hésitations qui rendent parfois si délicate la libération de la vésicule par voie directe et, de plus, comme l'a bien montré Desmarest, en suivant cette zone de clivage, *le décollement ne s'accompagne d'aucun suintement* ; le lit hépatique apparaît blanchâtre, d'aspect presque aponévrotique.

Dès que le fond, le corps et la face hépatique de la vésicule ont été ainsi libérés, on poursuit le décollement vers le cystique : à ce moment, il faut être prudent parce que le bassinet est profond et parce que souvent des calculs en altèrent les parois ; celui-ci patiemment dégagé, on aperçoit et on libère la face inférieure du cystique, puis sa face supérieure en abaissant la vésicule que tend la pince en cœur.

2° *Ligature du cystique.* — La ligature du cystique

ainsi dégagé, sera placée en toute sécurité ; il est impossible, dans ces conditions, de ne pas apercevoir la terminaison du cystique dans la voie principale ; il est impossible de ne pas voir la région du bassinet : c'est dire que la ligature sera mise sûrement sur le cystique ni trop près du confluent, ni trop près de la vésicule. De plus, les classiques ont, depuis longtemps, montré que l'inflammation et les lésions de la vésicule ne s'étendaient jamais au cystique, c'est dire que la ligature portera sur un organe dont les tissus sont normaux.

Un premier catgut sera serré sur la partie juxta-cholédocienne, un second plus en dehors sur le segment juxta-vésiculaire. Desmarest a bien insisté sur la nécessité de cette double ligature : « *c'est pour avoir omis ce détail de technique, pour moi essentiel, que certains chirurgiens ont eu de gros soucis après cholécystectomie sous-séreuse sans drainage et l'ont, à tort, abandonnée : la double ligature du cystique met complètement à l'abri des écoulements de bile après l'ablation de la vésicule et empêche la dilatation secondaire du moignon du cystique* ». Nous reviendrons d'ailleurs sur cette ligature du cystique.

L'artère cystique ou ses branches ne sont presque jamais intéressées dans cette décortication sous-séreuse : c'est par ce point que la méthode se rapproche de l'appendicectomie sous-séreuse ; « *dans la majorité des cas, on n'a ni à pincer ni à lier l'artère cystique* » ; d'autres fois, on met une ou deux ligatures sur quelques petites artères et veines transversales sous-séreuses :

quelque surprenant que soit l'absence d'hémorragie, elle n'en est pas moins un fait d'observation courante pour tous ceux qui pratiquent ou ont vu pratiquer la cholécystectomie sous-séreuse. Nous nous proposons d'ailleurs de montrer pourquoi cette méthode ne réclame aucune ligature vasculaire et les avantages qu'elle donne de ce fait.

Troisième temps : Péritonisation et fermeture de la paroi.

Un surjet de catgut fin, enfilé sur une aiguille d'Hagedorn, rapproche les deux lambeaux péritonéaux : commençant au niveau du cystique, *il en exclut efficacement et soigneusement le moignon*, puis se rapproche à points serrés de la région du fond de la vésicule ; la fossette vésiculaire, et le moignon doublement lié du cystique, sont totalement recouverts de séreuse : « la péritonisation est complète et il ne peut venir à l'esprit de l'opérateur de songer à drainer alors qu'il n'existe aucun saignement ».

La fermeture de la paroi se fera aisément et rapidement : le premier temps passé à solidariser le muscle dans sa gaine sera vite retrouvé à ce moment : après suppression de la lordose, il suffit deréunir, 2 à 2,les ligatures que l'on a conservées au début, pour solidariser les tranches musculaires que quelques points complémentaires affronteront aisément.

Telle est, dans son ensemble, la technique qui fut régulièrement suivie au cours des opérations que nous rapportons plus loin.

Nous rappellerons encore une fois que cette opération de choix ne peut être faite dans tous les cas de cholécystites et qu'elle s'est toujours adressée à des lésions récentes chez des sujets ayant un état général assez bon.

*
* *

Il importe, à notre avis, d'insister sur quelques points particuliers :

Existence de l'espace décollable sous-séreux, ligature du cystique, hémostase, enfin, septicité de la bile vésiculaire :

C'est à eux que s'adressent les critiques des adversaires systématiques de la suppression du drainage, c'est à eux que l'on impute les échecs de la méthode ; nous verrons que ceux-ci sont dus moins à des imperfections du procédé opératoire qu'à des fautes de technique.

1° L'espace décollable sous-séreux

L'existence d'un tissu cellulaire lâche périvésiculaire est une notion aujourd'hui classique que nul ne songe à nier. Depuis longtemps, Tixier a démontré par des dissections, soit sur des pièces recueillies à l'amphithéâtre, soit au cours d'interventions, que le péritoine est facile à décoller à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs du corps de la vésicule. « Au niveau du fond, comme au niveau du fond de l'utérus, le péritoine est très adhérent. Au contraire, vers le col de la vésicule, au niveau du bassinet, autour du cystique

un tissu celluleux de plus en plus lâche, presque graisseux, existe sous la séreuse et en rend très aisé le décollement ; il en est de même sur l'hépatique et le cholédoque. Les poussées inflammatoires et l'infiltration œdémateuse qui les accompagnent, rendent encore plus aisée la manœuvre de dénudation sous-péritonéale » (Tixier).

Nous avons essayé de compléter ces données anatomiques ; et nous avons cherché sur des pièces opératoires et sur des prélèvements de cadavre : *l'étendue, les limites, la situation de cet espace sous-séreux décollable.*

Nous avons étudié, disséqué, injecté et radiographié 9 vésicules (5 vésicules prélevées sur le cadavre avec le tissu hépatique périvésiculaire, étaient normales, 2 vésicules prélevées de la même façon contenaient des calculs, 2 vésicules enlevées au cours d'opérations selon les procédés classiques contenaient l'une un calcul, l'autre 3 calculs).

Voici comment nous avons procédé :

(1) Injections de l'artère cystique au lipiodol (pièces I, II, III) au minimum (pièces IV, VI, VII).

(2) Injection de liquide coloré ou de sérum physiologique sous la séreuse vésiculaire dans le tissu cellulaire sous-péritonéal (pièces II, III, IV, VII, VIII, IX).

(3) Dissection et décortication de la vésicule par le procédé opératoire décrit (pièces I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX).

(4) Radiographie de la vésicule et des lambeaux péritonéaux (pièces (I, II, III, IV, VI, VII).

(5) Examens histologiques de la paroi vésiculaire décortiquée et des lambeaux péritonéaux disséqués (pièces II, III et plusieurs pièces opératoires).

Voici le résumé des 9 dissections :

L'injection de l'artère cystique a été facile, sauf pour une pièce prélevée et les deux pièces opératoires ; l'artère hépatique fendue dans sa longueur, la cystique était injectée par un liquide opaque : le lipiodol donnait de bonnes images radiographiques, mais, lors de la dissection, chaque petit rameau vasculaire laissait suinter un peu d'huile opaque qui s'étalait sur la préparation et empêchait toute netteté radiographique.

L'injection au minium des pavillons de dissection nous a donné de meilleurs résultats : nos observations n'ont fait que confirmer les notions déjà très classiques sur le trajet, la division et la terminaison de l'artère cystique et de ses branches : dans les 6 cas observés, il s'agissait de cystiques courtes naissant de la branche droite de l'hépatique. Avec si peu d'observations, il nous semblerait vain de vouloir en faire la variété normale.

L'injection du tissu cellulaire sous-séreux a été faite au bleu de méthylène, puis au sérum ; celui-ci permettait de suivre aussi bien les limites et ne gênait pas pour l'examen ultérieur de lambeaux péritonéaux.

L'injection faite au tiers moyen du corps vésiculaire sur sa face inférieure s'étendait rapidement sur les flancs

gauche et droit puis gagnait très vite la région du bassinet et du cystique ; si l'on arrêtait cette progression vers le pédicule hépatique par un clamp, l'injection remontait le long des faces latérales et *infiltrait la face supérieure, hépatique de la paroi vésiculaire ;* elle s'étendait peu vers le fond et n'arrivait jamais à l'infiltrer, du moins avec la simplicité des moyens que nous avons employés.

Il faut mettre à part le résultat obtenu sur les pièces opératoires, qui étaient des vésicules, enlevées par voie rétrograde. L'injection, commencée sur la face inférieure, s'étendait latéralement pour encercler la vésicule. Arrivée à la face supérieure, hépatique, *elle continuait le dédoublement, soulevant une lame conjonctive assez dense, prolongeant le clivage sous-séreux dont le plan était bien distinct de celui que le chirurgien avait emprunté par la voie rétrograde.*

Ces dissections montraient donc *l'existence de deux zones décollables* :

L'une, située entre le tissu hépatique et les parois propres de la vésicule, vraisemblablement reliquat de l'accolement secondaire de la vésicule primitivement intrapéritonéale : celle qu'emprunte facilement la voie rétrograde, difficilement la voie directe ;

L'autre, situé profondément dans le tissu cellulaire sous-séreux doublant le péritoine libre, comme le péritoine secondairement accolé : celle que suit la cholécystectomie sous-séreuse.

Ceci n'était pas un artifice de dissection. Nous en verrons plus loin les raisons.

La décortication sous-séreuse était très facilitée par l'injection disséquante qui l'avait précédée. Nous n'insisterons pas sur les avantages que donne l'hydrotomie dans les travaux de dissection : (l'anesthésie locale le rappelle chaque jour au chirurgien) et ce petit procédé mériterait d'être retenu si la voie sous-séreuse ne trouvait une contre-indication majeure dans les vieilles cholécystites à séreuse pratiquement indécollable.

La réplétion vésiculaire rend la décortication plus aisée : la muqueuse tendue se décolle plus facilement : c'est là une constatation sur pièces anatomiques d'un fait opératoire assez banal ; elle incitera à ne vider les hydrocholécystes qu'à bon escient.

L'examen des lambeaux péritonéaux et de la paroi vésiculaire nous a toujours montré que le bon plan de clivage se trouvait au-dessous des branches de l'artère cystique : c'est-à-dire que *les branches et leurs rameaux étaient dans les lambeaux péritonéaux décollés et que la vésicule n'avait gardé, à sa surface décortiquée, que de petites artérioles à peine visibles.* Cette disposition était la même à la face supérieure de la vésicule où la branche haute de l'artère cystique restait nettement visible dans le lit hépatique.

La cholécystectomie sous-séreuse se rapproche ainsi de l'appendicectomie sous-séreuse ; comme elle, elle laisse les vaisseaux dans la gaine sous péritonéale ; comme elle, elle ne divise que des rameaux vasculaires sans importance ; comme elle, elle ne nécessite pas la ligature de l'artère principale.

Les radiographies, après décortication sous-séreuse,

en donnent une preuve facile à reproduire ; dans cette intention, 5 vésicules disséquées ont été ainsi radiographiées ; et si nous ne reproduisons l'image que de deux d'entre elles, c'est que les autres n'apporteraient rien de plus ; il est facile de voir que les deux branches de la cystique sont dans les lambeaux étalés, que les rameaux sectionnés sont de peu d'importance, que les vaisseaux qui sillonnent la vésicule isolée sont à peine visibles.

Les examens histologiques ont porté, d'une part, sur les parois des vésicules enlevées au cours d'interventions ou décortiquées par dissection, d'autre part, sur des fragments de lambeaux péritonéaux.

On peut résumer ainsi ces examens histologiques :

La paroi de la vésicule décortiquée était presque toujours constituée par une muqueuse épaissie dont les éléments épithéliaux et le chorion étaient altérés ; tantôt des foyers d'infiltration leucocytaire en parsemaient toute l'épaisseur ; tantôt des bandes de sclérose venaient témoigner d'inflammation subaiguë ancienne. Cette muqueuse était doublée dans toute son étendue d'une fibro-musculeuse plus ou moins épaissie, plus ou moins altérée, mais où l'on pouvait encore reconnaître de nombreuses fibres musculaires lisses entremêlées d'éléments conjonctifs et élastiques.

Les lambeaux péritonéaux étaient constitués par la séreuse doublée de la sous-séreuse épaissie et œdémateuse ; cette sous-séreuse formée de tissu conjonctif peu dense contenait, toujours un assez grand nombre de vaisseaux, exceptionnellement des éléments élastiques ou musculaires lisses.

Ces examens histologiques ont été toujours assez probants pour que nous puissions affirmer que *la décortication vésiculaire chemine bien dans la sous-séreuse et que, contrairement à l'appendicectomie dite sous-séreuse, elle n'est pas une « extra-muqueuse »*. Ceci ne saurait d'ailleurs surprendre si on se rappelle que sur la vésicule, à l'opposé de l'intestin, muqueuse et musculeuse, sont intimement unies l'une à l'autre. Le chorion, en effet, qui double l'épithélium vésiculaire se continue insensiblement avec la couche fibro-musculaire par apparition progressive d'éléments fibrillaires et surtout de fibres élastiques, sans qu'il soit possible de distinguer un tissu conjonctif lâche susceptible de se laisser cliver.

En résumé, ces quelques dissections nous ont permis d'affirmer :

Que la vésicule, le bassinet et le cystique sont entourés d'un tissu cellulaire lâche qui permet de décoller la séreuse de leur paroi propre,

Que cette zone décollable est située plus profondément que les vaisseaux cystiques et leurs branches de division,

Qu'au point de vue histologique, la décortication se fait entre la séreuse et le réseau vasculaire d'une part, la musculeuse et la muqueuse d'autre part.

2° Ligature de l'artère cystique

M. Desmarest a insisté le premier, sur ce point : que pendant l'ablation de la vésicule par voie sous-séreuse, il n'est besoin, à aucun moment, de mettre une pince sur

un vaisseau ; « *la cholécystectomie sous-séreuse correctement exécutée ne réclame aucune ligature vasculaire* ».

La meilleure preuve en est donnée par le protocole des 42 opérations rapportées dans tous leurs détails : 8 fois seulement, il fut nécessaire de lier l'artère ou l'une de ses branches. Dans les autres cas, l'hémostase était parfaite et aucun point ne réclamait de ligature.

Faut-il, de parti-pris, ne jamais lier l'artère ? Nous ne le croyons pas : si, au cours de la libération de la vésicule, la cystique se présentait nettement, il vaudrait mieux passer à l'aiguille de Reverdin mousse, une ligature pour ne laisser aucune part à la malchance. Mais, si l'artère n'est vue à aucun moment de l'opération, il est inutile de la rechercher et il faut, sans crainte, péritoniser complètement ; il n'y a pas d'hémorragie tardive à redouter.

3° Ligature du canal cystique

La crainte d'un lâchage de ligature du cystique a, de tous temps, fait redouter la fermeture complète de la paroi abdominale et a incité le chirurgien à laisser un système de drainage au contact du lit vésiculaire et du moignon cystique.

De nombreux chirurgiens se sont élevés contre les gros tamponnements sous-hépatiques à la Kehr et contre les barrières de mèches de gaze ; leur ablation constitue, en effet, une véritable complication post-opératoire.

Mais très peu en France du moins, conseillent l'abandon de tout drainage sans restriction.

Les uns le réduisent au minimum (mèches entourées de cellophane-Lecène, drain-cigarette des Américains, feuille de caoutchouc roulée sur elle même — Graham — drain de caoutchouc numéro 25 ou 30, ou même faisceau de crins ou de catgut.

D'autres conseillent pour éviter tout ennui pariétal de ne drainer que pendant 48 heures. Ils sont illogiques avec eux-mêmes : les lâchages du cystique ne sont apparus dans les cas drainés que le cinquième jour (il ne faut pas oublier que c'est souvent le drain au contact du cystique qui provoque la chute de la ligature) or, à ce moment, les adhérences péritonéales, le déplacement des plans musculaires ont, indiscutablement, supprimé tout trajet vers l'extérieur.

D'autres enfin, emploient le procédé conseillé par Tixier dans l'opération de « Kehr sous-séreuse » : le drain est enfoui dans le lit vésiculaire au contact du moignon cystique sous les lambeaux péritonéaux réunis : il est ainsi isolé de la grande cavité, la possibilité d'adhérences est réduite au minimum, la sécurité reste très grande.

Mieux que des impressions personnelles, l'observation courante des suites opératoires montre que dans les cholécystectomies par le procédé classique, l'écoulement par le drain est toujours minime ; quelques compresses sont à peine teintées de liquide séro-hématique lorsqu'au deuxième ou au troisième jour, on se propose de retirer le drain, et cet écoulement, pour beaucoup de chirurgiens, vient uniquement de la surface hépatique cruentée lors de l'ablation de la vésicule (Lecène) :

dans le procédé classique, le drainage est nécessité par le suintement du lit vésiculaire ; dans la sous-séreuse, il est donc inutile.

Parmi les 42 cholécystectomies sous-séreuses dont nous rapportons les observations, aucune n'a présenté, dans ses suites opératoires, de complications péritonéales diffuses ou localisées : c'est là notre meilleure preuve ; nous pouvons y ajouter les 31 observations de Von Haberer, les 117 opérés de Von Hoffmeister, les 25 cholécystectomies de Schulz et toutes celles déjà citées des chirurgiens américains ; dans aucun cas, l'absence de drainage n'a été suivi de complications locales ou générales ; dans aucun cas, la ligature du cystique n'a lâché intempestivement.

Ce sont là des faits d'observations qui prouvent que la ligature tient d'une façon effective.

Par expérimentation chez le chien il serait d'ailleurs possible de rechercher les étapes de la cicatrisation et de l'oblitération du cystique après ligature et section : il est d'ailleurs logique de penser que la striction du fil de ligature cause une section de la muqueuse du canal cystique et que, aux dépens du tissu conjonctif sous-muqueux, s'organise le tissu cicatriciel qui oblitèrera ce canal : ce n'est que l'application de la loi générale des ligatures de l'appendice, des artères et des veines.

Il est logique aussi de penser que l'absence de ligature sur le tronc de l'artère cystique laisse au moignon cystique lui-même toute sa vascularisation ; de ce fait, la cicatrisation sera plus rapide, et surtout il n'y aura pas à craindre le sphacèle secondaire du canal cystique

qui doit être la vraie cause des cholérragies du 5e ou 6e jour.

Pour éviter que la ligature ne glisse dans les heures qui suivent l'intervention, il faut avant tout, être certain qu'il n'existe aucun obstacle sur la voie principale, qu'il n'y a *ni dilatation ni hypertension du cholédoque ;* il faut ensuite avoir recours à l'un des procédés suivants : le plus simple est la double ligature du cystique avec un catgut moyen ; Leriche conseille la transfixion du cystique et sa ligature de part et d'autre ; Bokastoff pratique une double ligature au catgut suivie de fixation du moignon dans le lit de la vésicule ; Haberer fait une double ligature à la soie ; Schulz se sert indifféremment de catgut ou de soie ; Witzel enroule le cystique sur lui même et le fixe par de très fines sutures non perforantes ; Goldmann le replie sur lui-même et le fixe dans cette position par une 2e ligature.

Mais, pour nous, quel que soit le mode de fixation de la ligature, il ne saurait, en aucun cas, autoriser une mauvaise péritonisation ou sa suppression.

Quelques protocoles d'autopsie après cholécystectomie sous-séreuse sans drainage ont été publiés :

H. Burckhardt a pu vérifier ainsi chez une opérée morte d'iléus artério-mésentérique, la parfaite péritonisation du moignon cystique et la solide fermeture de celui-ci.

A. M. Willis fit l'autopsie de deux opérés qui moururent quelques jours après l'intervention : la ligature du cystique a été trouvée intacte.

Fowler dut, dans un cas, ré-intervenir pour une éviscération post-opératoire survenue au 5e jour après des

troubles pulmonaires très sérieux : la région opératoire était parfaitement nette, il n'y avait aucune péritonite adhésive, aucun écoulement de bile, ni le moindre symptôme qui aurait pu faire songer à un lâchage du cystique.

Buchbinder, désirant montrer toute la sécurité que donne la ligature du cystique, pratiqua 48 cholécystectomies chez le chien ; les 25 premières, après ligature du cystique au catgut furent drainées, 8 avec un drain-cigarette, 12 avec un drain de caoutchouc, 5 avec des mèches de gaze ; jamais il n'observa d'écoulement de bile ni de présence de bile sur le système de drainage ; les 10 suivantes, après ligature du cystique au fil de lin ou à la soie furent également drainées, il n'y eut également aucun écoulement de bile ; enfin les 5 dernières ne furent pas drainées et servirent de témoins.

D'autres expérimentations sur le chien ont été rapportées par Vigyazo et Schulhof : les résultats furent surprenants ; non seulement, ils n'ont observé aucun épanchement biliaire chez les animaux auxquels ils avaient fermé le ventre après ablation de la vésicule sans ligature, mais, même dans les cas où ils avaient largement réséqué le fond de la vésicule et laissé celle-ci ouverte dans l'abdomen, ils ont eu des résultats également négatifs. Comme le moignon vésiculaire ou cystique était, dans ce cas, recouvert par le grand épiploon, dans d'autres expériences, ils ont réséqué celui-ci puis fendu et retourné la vésicule comme on retourne la vaginale d'une hydrocèle : là encore, ils n'ont pas observé d'épanchement biliaire intra-péritonéal.

Bien qu'il soit toujours dangereux de généraliser, ces expériences permettent de conclure à la grande facilité d'oblitération du cystique après section ou ligature.

4° La septicité du contenu vésiculaire.

Les risques de déchirure de la paroi vésiculaire ont souvent été un argument contre la cholécystectomie sous-séreuse. Il est incontestable que la vésicule, dépouillée de son revêtement péritonéal, est toute prête à se rompre sous une traction un peu vive ou sous la pression des calculs inclus : il faut agir avec prudence et patience pour mener à bien cette décortication, sans issue de bile. Cependant, dans certains cas, malgré toutes ces précautions, une éraillure peut se produire, un peu de bile s'écoule, très vite une pince sans griffes saisit la paroi déchirée et ferme la minuscule ouverture ; si l'on a une bonne protection, si l'on éponge vite le peu de bile épanchée, cet incident est sans importance.

Scheele, de Francfort, a voulu voir là un argument sérieux pour le drainage : d'après ses recherches, le contenu de la vésicule biliaire donne des germes à culture sur gélose dans 67 % des cas et il conclut à la nécessité de laisser un drain. Cependant, au Laboratoire du Dr Desmaret, parmi les 38 vésicules enlevées opératoirement, 17 furent examinées, leur contenu ensemencé sur gélose : 4 fois les cultures furent positives. Elles contenaient 2 fois des bacilles typhiques, 1 fois des bacilles typhiques et des colibacilles, 1 fois des colibacilles ; les suites opératoires de ces 4 malades furent aussi simples que celles des autres. Plusieurs fois, au cours de

l'opération, une éraillure de la paroi vésiculaire laissa échapper de la bile ; chaque fois, un prélèvement fut aussitôt fait, il ne fut positif qu'une seule fois ; l'opéré n'eut aucune réaction péritonéale ; ceci ne saurait d'ailleurs surprendre, draine-t-on après une gastro entérostomie ou une résection intestinale et cependant la flore microbienne de l'estomac ou du grêle est autrement virulente que celle que contiennent ces vésicules calculeuses, opérées à « froid », loin de toute poussée fébrile ? Draine-t-on après une intervention pour appendicite aiguë de quelques heures ou pour un ulcère qui vient de se perforer ?

Cet argument de la septicité du contenu vésiculaire, même si la vésicule se rompt au cours de l'opération ne saurait garder de valeur contre le non-drainage ; tout au plus, doit-il inciter à redoubler de précautions dans la protection des bords de l'incision pariétale jusqu'au péritoine y compris.

Nous excluons, bien entendu les cas de gangrènes, d'empyèmes et de péricholécystites suppurées qui rendent difficile sinon impossible la décortication sous-séreuse et qui, par leurs lésions hautement septiques, réclament le drainage du foyer opératoire sous peine de complications péritonéales très graves.

Telle est la technique que nous avons apprise dans le service de notre Maître, le Dr Desmarest et que nous avons régulièrement suivie dans tous ses détails ; tels sont encore les points essentiels que nous avons étudiés et discutés sur ses indications.

En résumé, la cholécystectomie, après décortication sous-séreuse, est une opération facilement réalisable si l'on ne veut pas appliquer la méthode indistinctement à toutes les cholécystites et si, oubliant toute virtuosité opératoire, on agit avec patience et prudence. Mais, surtout, après sous-séreuse et double ligature du cystique, le chirurgien peut, dans ces cas, fermer complètement la paroi abdominale et rejeter tout système de drainage, en toute sécurité, sans garder la louable crainte de nuire à son opéré

CHAPITRE III

SUITES OPÉRATOIRES IMMÉDIATES ET ÉLOIGNÉES

Nous voudrions maintenant montrer tout ce que l'on peut attendre des suites opératoires de cette méthode :

Ce sont, d'une part, des avantages immédiats qui rendent l'évolution post-opératoire aussi simple que celle d'une appendicectomie à froid. Ce sont, d'autre part, des avantages éloignés qui mettent les malades à l'abri de cette complication si décevante que sont les adhérences secondaires.

1° Les suites immédiates

Les suites immédiates sont toujours plus simples dans les cas non drainés ; il est, en effet, incontestable qu'un opéré drainé, même si ce drainage est de peu d'importance et de courte durée, supporte moins bien le shock de l'opération ; les premières journées sont plus douloureuses pour l'opéré, plus inquiétantes pour le chirurgien ;

les premiers pansements sont plus pénibles ; les poussées thermiques plus fréquentes ; les ennuis pariétaux presque de règle si le drain est maintenu plus de 24 heures. Les opérés doivent rester alités plus longtemps et, bien souvent, le trajet du drain, faiblement infecté et légèrement suintant, oblige le chirurgien à prolonger les pansements, une ou plusieurs semaines après l'opération.

Ces inconvénients deviennent de véritables complications post-opératoires si quelques mèches de gaze entourent le drain. Willis considère cette méthode comme dangereuse, plus susceptible de favoriser l'infection que de l'empêcher ainsi que l'enseigne, d'ailleurs, la chirurgie pelvienne et abdominale. Von Haberer n'a jamais vu dans ses cholécystectomies « idéales » les phlébites qui lui avaient paru si fréquentes dans les cas drainés. Pribram, malgré Kehr et Deaver, pensent que le drainage est souvent une cause de péritonite et que la fermeture exacte du lit vésiculaire est une manœuvre beaucoup plus sûre ; et il rapporte un cas personnel de péritonite biliaire mortelle chez une femme de 55 ans survenue malgré le drainage. Les hémorragies de l'artère cystique ou de la surface hépatique sont également causées par le drainage et il donne l'observation d'une hémorragie grave au 12e jour chez un homme jeune non ictérique. La défaillance du myocarde des gens âgés peut être rapportée à la même origine si l'on se souvient de l'accélération constante du rythme cardiaque chez tout opéré qui a un tamponnement. La dilatation aiguë de l'estomac est souvent due à une compression du duodénum par les mèches ; enfin, toujours pour Pribram, les embolies et les throm-

boses qui sont la cause de beaucoup d'accidents pulmonaires, sont aussi dus à cette méthode de drainage.

De plus, l'ablation des mèches et surtout du tamponnement sous-hépatique est une véritable manœuvre chirurgicale, douloureuse, ennuyeuse et dangereuse :

— douloureuse, au point de nécessiter bien souvent une anesthésie générale légère ou l'emploi d'analgésiques ;

— ennuyeuse, pour le chirurgien que préoccupe toujours, chez les hépatiques, le suintement sanguin qu'elle détermine souvent, pour le malade qui a une poussée fébrile pénible sous l'influence de ces tractions ;

— dangereuse par les poussées de péritonite diffusée toujours possibles, à la suite de la rupture des adhérences, sous les efforts de traction sur les mèches.

Des fistules intestinales peuvent ainsi être créées toujours tenaces si elles siègent sur le gros intestin, souvent mortelles si le duodénum est en cause (Tixier).

Les hémorragies secondaires des vaisseaux cystiques ne sont pas exceptionnelles après ablation des mèches : elles sont toujours graves chez un hépatique.

Les réactions inflammatoires autour des mèches, quelques précautions que l'on prenne, ne sont souvent que le premier degré d'une suppuration pariétale : ce sera là l'origine de ces éventrations post-opératoires tardives qui se créeront aux dépens du tissu fibreux de cicatrisation dépourvu de tout élément musculaire.

Il est évident que ces graves complications ne sont l'apanage que du drainage par mèches ; et encore ne sont-elles pas de règle dans les suites opératoires ; tou-

tefois, elles préoccupent assez l'opérateur pour que celui-ci ait souvent essayé sinon d'en supprimer l'emploi, du moins, de le remplacer : c'est le drainage par feuille de caoutchouc roulée, par mèches entourées de cellophane, par drain-mèche; c'est encore dans le même ordre d'idée, l'enfouissement du drain, mis au contact du cystique, par les lambeaux péritonéaux, isolés lors de la décortication sous-séreuse. Tixier et, à sa suite, Cotte et Leriche, ont montré toute la sécurité que donnait un tel procédé ; mieux que les mèches, il permet, d'une part, d'isoler le foyer opératoire sous-hépatique de la grande cavité abdominale, d'autre part, de drainer le lit vésiculaire et le moignon cystique.

Dans le service du Dr Lardennois, après deux cholécystectomies sous-séreuses, nous n'avons pas osé fermer sans drainage parce que notre ligature cystique ne nous donnait pas entière satisfaction et nous avons eu recours à ce procédé ; sa réalisation a été très facile, les lambeaux séreux étaient assez larges pour recouvrir aisément le drain et la terminaison du surjet fut fixée la lèvre inférieure péritonéale pour compléter l'isolement de cet entonnoir séreux ainsi réalisé. Les deux fois, les suites furent simples, le drain enlevé le troisième jour, n'avait donné issue qu'à très peu de sérosité et les deux fois, nous avons eu l'impression que ce drainage avait été absolument inutile.

2° Les suites éloignées

Les suites éloignées nous montrent combien ce drainage, qui est presque toujours inutile, peut-être quelquefois nocif : trop souvent, en effet, il laisse, comme séquelles, des adhérences épiploïques ou viscérales, douloureuses qui font perdre aux opérés tout le bénéfice qu'ils auraient pu retirer de l'intervention. En effet, les observations sont trop fréquentes de ces malades qui, après cholécystectomie drainée, voient réapparaître des douleurs dans la région hépatique.

On doit, toutefois, être prudent dans leur interprétation : il n'existe pas de signes cliniques pathognomoniques des adhérences péritonéales et le diagnostic ne peut être affirmé qu'après élimination de toutes les autres causes.

Il faut en distinguer d'abord les crises douloureuses fréquentes et précoces qui suivent parfois de peu l'intervention ; leur siège, à la base du thorax, leurs irradiations scapulaires et épigastriques, leur évolution paroxystique semblent bien être sous la dépendance de la surdistension de la voie principale ; Desmarest les a toujours observées après ablation de vésicules qui communiquaient librement avec le cholédoque, exceptionnellement après ablation de vésicules nettement exclues.

Il faut aussi en distinguer les syndromes douloureux qui persistent après cholécystectomie ou bien parce que, la vésicule n'était pas seule en cause, ou bien parce qu'elle ne l'était pas du tout ; et le diagnostic d'adhé-

rences douloureuses ne saurait être porté que si l'on a éliminé la possibilité d'un ulcère duodénal ou gastrique, d'une appendicite chronique, d'une entéro-colite, muco-membraneuse, d'une lithiase rénale, d'une pyélonéphrite, d'une hydronéphrose, d'une pancréatite subaiguë.

Enfin, il faut encore penser aux récidives vraies de lithiase biliaire, soit que le moignon cystique secondairement dilaté contienne quelque nouveau calcul, soit qu'un calcul cholédocien ait échappé à l'exploration opératoire, soit qu'il ait pris naissance secondairement dans la voie principale dilatée.

Ce n'est qu'après avoir éliminé ces causes d'erreur qu'il sera possible de parler d'adhérences douloureuses et nous verrons que, même alors, il n'en reste que de trop nombreuses observations.

Les adhérences douloureuses surviennent sous forme de tiraillements profonds occupant la région hépatique : elles gênent beaucoup la vie active de l'opéré, l'obligent à rester allongé de longues heures et parfois ne cèdent que difficilement au repos ; elles sont variables dans leur intensité, souvent en rapport avec les périodes digestives ou la station debout ; elles limitent les efforts respiratoires et provoquent souvent un violent point de côté à la moindre fatigue. Chez des sujets très irritables ou très surmenés, elles arrivent peu à peu à constituer une véritable infirmité.

Les douleurs ne sont pas les seules manifestations cliniques de ces adhérences ; l'étude des résultats éloignés publiés, après cholécystectomie drainée, en donne les meilleures preuves.

Les adhérences au pylore, au duodénum ou au côlon transverse, entraînant une gêne fonctionnelle que viennent traduire des troubles digestifs douloureux avec vomissements, ballonnements épigastriques, céphalalgies, malaises généraux et amaigrissement : l'examen radioscopique montre un trouble du rythme de l'évacuation gastrique, une fixité anormale, douloureuse du pylore et souvent, une déformation permanente du bulbe duodénal.

M. D. Petit-Dutaillis en rapporte dans sa thèse plusieurs observations : les unes concernent des opérés qui ne se plaignaient que de quelques troubles douloureux dont la seule explication était l'existence d'adhérences péri-hépatiques (lenteur des digestions, douleurs gastriques tardives, douleur dans la station debout, ou dans le décubitus latéral, disparaissent dans le décubitus dorsal). Les autres ont trait à des opérés qui présentaient des troubles graves dont certains nécessitèrent une nouvelle intervention : celle-ci, dans les cas rapportés, montra l'existence d'un bloc adhérentiel tel que l'on dut renoncer à libérer le côlon et le pylore et que l'on fut obligé de recourir à une anastomose intestinale (gastro-entérostomie dans un cas, colo-colostomie dans l'autre).

MM. Villard et Duclos sur 165 cholécystectomies drainées revues, trouvent 49 % de petits troubles douloureux dont beaucoup ont pour origine des adhérences épiploïques ou intestinales ; ils trouvent 8 % de troubles graves survenus presque tous chez des malades dont la vésicule était primitivement très adhérente ; et

ils en concluent que les douleurs légères sont fréquentes toutes les fois qu'avec ou sans cholédocotomie, on touche à la vésicule : « car ce sont les adhérences formées à ce niveau étirées entre la paroi, le pylore et le foie qui semblent le mieux les expliquer ».

M. Voncken, dans un rapport de M. Cadenat, à la Société de Chirurgie de Paris, en 1927, publie trois observations d'adhérences douloureuses consécutives à une cholécystectomie drainée ; toutes 3, elles nécessitèrent une réintervention ; celle-ci fut, chaque fois, très pénible et ne donna pas toujours une guérison définitive ; dans un cas, crises douloureuses et troubles digestifs réapparurent comme auparavant.

Davis B. B. est formel à ce sujet « c'est ma conviction que les adhérences post-opératoires sont les vraies responsables des douleurs persistantes chez les opérés ; la plus grande erreur dans la chirurgie de la vésicule biliaire a été l'emploi systématique de mèches et de drains ; chaque cas drainé si le drainage était inutile, entraînera la formation d'adhérences, celles-ci étant directement proportionnelle à l'importance du drainage ».

Robbianni, dans le service du Pr Arce, a revu, à la radioscopie, 20 opérés de cholécystectomie drainée et a observé 17 cas d'adhérences déformant le duodénum et l'attirant vers le foie.

Payr décrit une technique de libération de la voie principale dans les réinterventions pour récidives après cholécystectomie.

Walzel rapporte quatre cas de sténose pylorique ou duodénale pour lesquels on dut intervenir et dont la

canse était des adhérences très serrées unissant le lit vésiculaire au pylore et au duodénum.

Finsterer pense que bien des soi-disantes récidives ne sont que des adhérences douloureuses autour du pédicule hépatique.

Les adhérences épiploïques, en effet, autour du cholédoque, peuvent entraîner, soit la sténose de celui-ci (Baldwin et Gilmour en rapportent une observation indiscutable), soit une coudure ou une torsion de la voie principale. Dans deux cas où Orth avait pratiqué une cholécystectomie, il vit réapparaître de l'ictère au bout de quelque temps et réintervint, quatre mois après la première opération. Dans les deux cas il trouva le cholédoque libre de tout calcul mais le moignon cystique s'était déplacé vers la ligne médiane entraînant avec lui le cholédoque qu'il coudait ; le moignon fut remis en place et fixé à la face inférieure du foie, l'ictère disparut complètement et la guérison fut définitive.

Il est inutile de faire remarquer que dans ces dernières observations, il ne s'agit plus de douleurs subjectives dont l'intensité et la gravité échappent à tout contrôle clinique, mais bien de complications viscérales qui furent aussi pénibles que la lésion primitive et qui, comme elle, nécessitèrent une intervention chirurgicale.

Est-ce à dire que la cholécystectomie sous-séreuse sans drainage met l'opéré à l'abri de toute adhérence post-opératoire dans tous les cas ? Nous ne le croyons pas.

Car, si la vésicule était adhérente au côlon ou au duodénum, les zones dépéritonisées que laisse la libération

vésiculaire seront, quelque précaution que l'on prenne, des régions toutes préparées pour des adhérences ultérieures.

Parmi nos observations, il en est un exemple typique : celui de l'observation n° 7. Pendant les deux années qui suivirent la cholécystectomie, l'opérée fut parfaitement bien portante, mais elle recommença à souffrir de la région hépatique et revint consulter dans le service du Professeur Carnot. Un examen radiographique permit d'affirmer le bon fonctionnement du pylore mais montra la présence de petites concrétions opaques que l'ablation de la vésicule ne permettait plus de rapporter aux voies biliaires : des examens répétés sur le rein et le bassinet droits éliminèrent la lithiase rénale ; et la persistance des crises nécessita une coëliotomie faite par le Professeur H. Hartmann (1928).

A l'intervention, il existait de nombreuses adhérences unissant la face inférieure du foie au pylore et au duodénum ; après libération de ceux-ci au bistouri, il fut possible d'explorer le cholédoque : celui-ci, non dilaté, ne contenait pas de calculs, la tête du pancréas était par contre un peu indurée. Fermeture de la paroi en un plan. Cette malade, revue en avril 1929, était parfaitement bien portante. Est-ce un cas d'adhérences imputables à la méthode ? Certainement pas. Car lors de la première intervention, la vésicule adhérait déjà au pylore et au côlon et ces adhérences se sont reproduites après la cholécystectomie sous-séreuse.

En résumé, les suites opératoires de nos opérées ont été plus simples, plus courtes et moins pénibles que celles des cholécystectomies drainées que nous avons opérées ou vu opérer et suivies ; aucune ne présenta de complications.

L'étude des résultats éloignés des 28 opérés revus et réexaminés nous a ainsi convaincu que cette méthode permettait d'éviter, mieux que tout autre, la formation secondaire des adhérences post-opératoires ou du moins, d'en limiter l'étendue et la gravité.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — Ren. 72 ans, entre à l'Hôpital Lariboisière le 7 novembre 1919 pour cholécystite calculeuse traitée médicalement depuis trois ans. Intervention (Desmarest). Le 1er décembre, incision transversale, vésicule médiocrement adhérente, libération puis décortication sous-séreuse, difficulté de péritonisation, épiplooplastie complémentaire, fermeture à la soie sans drainage. Suites opératoires normales, sortie le 14 décembre. Revue le 7 mai 1924, bon état général, plus aucune douleur.

Obs. 2. — Van 28 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 24 janvier 1921 pour cholécystite chronique avec troubles digestifs très marqués (intolérance gastrique, vomissements bilieux, douleurs de toute la région vésiculaire). Intervention (Desmarest) le 1er février 1921, incision transversale, cholécystectomie sous-séreuse d'arrière en avant, péritonisation incomplète, épiplooplastie secondaire, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales, le 24 février 1921. Malade non revue.

Obs. 3. — Beu. 58 ans, entre à l'Hôpital de Bicêtre le 11 avril pour cholécystite chronique. Intervention (Desmaret) le 15 avril 1921, incision transversale, décortication sous-séreuse sans aucun incident, péritonisation complète du lit vésiculaire, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales,

état local et général très bons. Sortie le 7 mai 1921. Revu en mai 1925. Très bon état général, bonne cicatrice, ne suit aucun régime et ne souffre plus. Revu le 30 mai 1929, état général excellent. La région opératoire est souple, non douloureuse, la paroi solide : il n'y a plus aucun trouble fonctionnel ni aucune sensation douloureuse : résultat excellent.

Obs. 4. — Bar., 55 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre, le 20 mai 1921 pour cholécystite calculeuse avec poussées douloureuses et fébriles. Intervention le 2 juin 1921. Incision transversale. Vésicule faiblement adhérente, décortication sous-séreuse, péritonisation facile. Suites opératoires normales, bon état général et local, sortie le 2 juillet 1921. Malade non revue.

Obs. 5. — Bog., 40 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 18 juin 1921 pour cholécystite calculeuse. Intervention (Desmarest) le 20 juin 1921. Incision transversale, gros hydrocholécyste, décortication assez laborieuse, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires, hématome pariétal avec, secondairement, élimination de soies. Sorti le 11 août 1921. Malade non revu.

Obs. 6. — Rav., 39 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre, le 18 février 1924, pour troubles digestifs secondaires, à une poussée de cholécystite aiguë. Intervention (Desmarest) le 1er mars 1924. Incision transversale, décortication première du cystique et sous-séreuse par voie rétrograde, double igature du cystique, ligature de l'artère, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires troublées par quelques douleurs épigastriques sans aucune complication pariétale. Sortie le 19 mai 1924. Morte en mai 1929 d'un cancer du rectum.

Obs. 7. — Law., 26 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 12 mai 1924 pour cholécystite chronique datant de trois ans.

Intervention (Desmarest) le 31 mai 1924. Incision en L grosse vésicule adhérente à parois épaisses, libération d'adhérences coliques et duodénales ; décortication sous-séreuse, double ligature du cystique, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires troublées par un hématome suppuré de la paroi puis, une réaction pleurale droite sans liquide. Sortie le 5 juillet 1924. Revue le 1er juin 1929. N'a pas souffert de la région opératoire pendant trois ans puis, a dû être réopérée par le Pr Hartmann pour récidive douloureuse en février 1928. Revue en août 1929 ; plus aucune douleur.

Obs. 8. — Ber., 27 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 10 octobre 1924 pour cholécystite calculeuse. Intervention le 20 octobre 1924 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse, vésicule pleine de petites concrétions calculeuses, péritonisation facile, fermeture de la paroi sans drainage. Suites opératoires assez bonnes au point de vue local mais, au point de vue général, quelques vomissements et quelques douleurs. Sortie le 7 novembre 1924. Revue le 12 février 1925. Etat local bon. Etat général excellent. A engraissé de 4 kg. et n'a suivi aucun régime. A donné de ses nouvelles en mai 1929. Etat général et local sont excellents.

Obs. 9. — Bul., 45 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 27 octobre 1924. Il s'agit d'un ancien opéré de gastro-entérostomie pour ulcère de la petite courbure. Les douleurs persistantes, les troubles digestifs, la présence d'un point douloureux au niveau de la petite courbure, le parfait fonctionnement de la bouche anastomotique à la radioscopie ont fait porter le diagnostic de persistance de l'ulcère. Intervention (Desmarest). L'ulcère est cicatrisé, la bouche de gastro-entérostomie est parfaitement souple mais, la vésicule est entourée d'adhérences qui la cachent entièrement. Décortication sous-séreuse, double ligature du cystique au catgut, péritonisa-

tion complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires : petit hématome pariétal. L'état général est considérablement amélioré et le malade sort le 24 novembre 1924. Revu le 1er juillet 1926. Il se plaint encore de quelques douleurs de la région épigastrique s'accompagnant de quelques régurgitations et de malaise général. N'a pu être revu en 1929.

Obs. 10. — Mar., 37 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 19 novembre 1924 pour cholécystite chronique. A été autrefois traité pour ulcère gastrique gastro-entérostomie). Intervention (Desmarest). Incision transversale, libération d'adhérences autour de la bouche de gastro-entérostomie, décortication de la vésicule, ligature de l'artère, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. Quitte l'hôpital le 14 décembre 1924 Revue en juin 1929. Elle se plaint encore de douleurs gastriques après les repas, de quelques vomissements alimentaires, mais elle n'a plus aucune douleur de la région dorsale ni de l'épaule droite. Elle dut subir une néphrectomie gauche pour tuberculose rénale en 1928.

Obs. 11. — Dag , 42 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 3 mars 1925 pour troubles digestifs, douleurs de l'hypocondre droit ayant succédé à un ictère franc de 15 jours. Intervention le 20 mars 1925 (Desmarest). Incision transversale, libération de la vésicule, décortication première du cystique et sous-séreuse par voie rétrograde, ligature de l'artère, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales ; sort le 5 avril 1925. Revue en juin 1929, bon état général, ne suit aucun régime, ne souffre plus de son flanc droit. La cicatrice opératoire est souple, non douloureuse. Résultat excellent.

Obs. 12. — Gaz., 42 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 24 février 1925 pour cholécystite chronique, le tubage

duodénal montre l'absence de bile B. Intervention le 4 mars 1925 (Desmarest). Incision transversale, adhérences périvésiculaires très denses au niveau du cystique, décortication sous-séreuse, ligature de l'artère, péritonisation incomplète, épiplooplastie complémentaire, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. Sort le 4 avril 1925. Malade non revue.

Obs. 13. — Guy., 25 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 17 février 1925 pour cholécystite chronique. Tubage duodénal donne une bile B. épaisse, contenant de nombreux amas de cristaux de cholestérine. Une radiographie après tétraoïde est négative. Intervention le 10 mars 1925 (Desmarest). Incision tranversale, adhérences nombreuses, libération de la vésicule, décortication sous-séreuse, la vésicule se rompt : prélèvement de bile, ligatures de deux artères cystiques, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires parfaitement normales. La culture du contenu vésiculaire n'a pas poussé. Revue en février 1928, se plaint encore de quelques troubles généraux : hospitalisée dans le service du docteur Monnier-Vinard pour tuberculose pulmonaire ; morte le 13 mars 1929.

Obs. 14. — Bru., 34 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 12 février 1925, pour cholécystite calculeuse, une radiographie après tétraiode montre la présence de taches claires dues à des calculs intra-vésiculaires. Intervention le 18 février 1925 (Desmarest). Incision transversale, décortication pénible, la vésicule se rompt sur un calcul, prélèvement de bile, double ligature du cystique, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires troublées par une intolérance gastrique très marquée qui ne cède qu'à quelques lavages d'estomac.

Puis, état général et local parfaits. Sort le 15 mars 1925. Revue en juin 1929. Bon appétit, aucun trouble digestif, au-

cune douleur, ne suit aucun régime ; localement cicatrice souple, indolore, bonne paroi malgré l'élimination de quelques soies : résultat excellent.

Obs. 14 *bis*. — Tra., 28 ans, entre à l'hôpital de Bicêtre le 31 mai 1926 pour cholécystite chronique. Le tubage duodénal retire une bile B. épaisse contenant de nombreux cristaux de cholestérines. La radiographie après tétraiode donne l'image d'une très grosse vésicule. Intervention le 16 juin 1926 (Desmarest). Incision transversale.libération de la vésicule qui adhère fortement au duodénum. décortication sous-séreuse, ligature de l'artère, péritonisation complète ; à distance sur la face antérieure, il existe une induration blanchâtre, cicatrice probable d'un ulcère. Fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. Sort le 29 juin 1926. Revu et réhospitalisé le 13 octobre 1926 pour douleurs gastriques paroxystiques survenant 4 ou 5 heures après les repas. Tubage gastrique : hyperchlorhydrie totale, un peu de sang. Radioscopie : probabilité d'ulcère gastrique. Traitement médical. Revu le 30 mai 1929. Plus aucune douleur gastrique, bon appétit, digestion normale, a engraissé de 6 kilogs, la région opératoire est souple, non douloureuse, la paroi bonne. Bon résultat final.

Obs. 15. — Rog., 33 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré pour cholécystite calculeuse, le tubage duodénal ne permet pas d'obtenir de la bile B. la radiographie après tétraiode ne donne pas d'image vésiculaire. Intervention le 3 novembre 1926 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse d'une vésicule contenant un gros calcul sur lequel la paroi se déchire. Prélèvement de bile, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. La culture de la bile est négative. Sort le 18 novembre 1926. Revue le 30 mars 1928, ne souffre plus du tout ; a engraissé de 3 kilogs. Revue en juin 1929. Très bon état

général. Digestion normale sans aucun régime. Région opératoire souple et indolore. Bonne paroi. Excellent résultat.

Obs. 16. — Lus., 58 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 19 février 1927 pour cholécystite calculeuse. La radiographie, après tétraiode, ne donne pas d'image vésiculaire. Intervention le 4 mars 1927 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse facile, péritonisation complète, fermeture sans drainage, la vésicule contient un gros calcul. Suites opératoires troublées par quelques vomissements, puis excellent état général et la malade sort le 27 mars 1927. Malade non revue

Obs. 17. — Ben., 27 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré, le 24 mars 1927 pour cholécystite non calculeuse. Le tubage duodénal donne une bile B. contenant un peu de sang et de nombreux cristaux de cholestérine, la radiographie donne une ombre vésiculaire irrégulière, bilobée à sa partie moyenne. Intervention le 2 avril 1927 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse d'une vésicule à parois très épaisses, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. Sort le 14 avril 1927. Revue le 10 octobre 1928. Etat général excellent, ne souffre plus du tout. La région opératoire est souple et indolore, la paroi excellente. Elle a repris son métier actif de fille de salle. Excellent résultat.

Obs. 18. — Dor., 29 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 29 avril 1927 pour cholécystite calculeuse. Le tubage duodénal ne donne pas de bile B. La radiographie après tétraiode, ne permet pas d'obtenir d'image vésiculaire. Intervention le 13 mai 1927 (Desmarest). Incision transversale, décortication facile, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires. Bon état général et local. Sort le 26 mai 1927.

Obs. 19. — Cog., 40 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 11 mai 1927 pour cholécystite chronique. La radiographie ne permet pas d'obtenir d'ombre vésiculaire. Intervention, le 25 mai 1927 (Desmarest). Incision transversale, décortication difficile, la vésicule se rompt, prélèvement de bile. Péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. Sort le 12 juin 1927. Revue en mai 1928. Quelques douleurs persistent dans la région hépatique, amaigrissement de quelques kilogs, institution d'un régime sévère. Revue en juin 1929. Bon état général. Toute douleur a disparu, continue à suivre son régime. La région opératoire est parfaitement souple, la paroi bonne. Bon résultat final.

Obs. 20. — Nit., 29 ans, entre à l'Hôpital Ambroise-Paré le 30 mai 1927 pour cholécystite calculeuse. La radiographie montre une grosse vésicule contenant l'image claire de quelques petits calculs. Intervention le 1er juin 1927 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse difficile, la vésicule se rompt, laisse échapper un calcul. Prélèvement de bile, double ligature du cystique, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires sans incident. La culture de bile montre la présence de colibacilles. Sort le 23 juin 1927. Malade non revue.

Obs. 21. — Har., 42 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 10 mai 1927 pour cholécystite chronique traitée médicalement de longue date. Intervention le 13 mai 1927 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse facile, double ligature du cystique, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires sans incident. Sort le 2 juin 1927. Malade non revue.

Obs. 22. — Tro., 32 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré, le 27 mai 1927 pour cholécystite chronique. Le tubage duo-

dénal et la radiographie restent négatifs. Intervention le 17 mai 1927 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse difficile, la vésicule se rompt. Prélèvement de bile. Double ligature du cystique, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. La culture de la bile montre la présence de bacilles d'Eberth. Sortie le 4 août 1927. Réhospitalisée le 29 juillet 1927 pour troubles douloureux survenant après les repas et s'accompagnant de vomissements de bile. Une radiographie montre une hyperkinésie de l'estomac sans altération des parois. Régime et traitement médical. Revu en juin 1929. Bon état général. Embonpoint de 4 kg., état local parfait, cicatrice souple, bonne, non douloureuse. Résultat final parfait.

Obs. 23. — Eep., 38 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 9 juin 1927, pour cholécystite calculeuse. La radiographie, après tétraiode, ne donne pas d'image vésiculaire. Le tubage duodénal permet d'obtenir une bile trouble contenant de très nombreux cristaux de cholestérine. Intervention le 20 juin 1927 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse, péritonisation totale, fermeture sans drainage. Suites opératoires, petit hématome de la paroi mais très bon état général. Sort le 7 juillet 1927. Revu en juin 1929. Etat général excellent. A engraissé de 13 kg. depuis son intervention, ne souffre plus jamais de douleurs abdominales, la cicatrice est excellente, souple, non douloureuse. Résultat excellent.

Obs. 24. — Col., 29 ans, entre à l'hôpital Ambroise Paré le 19 juin 1927 pour cholécystite calculeuse. Le tubage duodénal permet d'obtenir une bile B. contenant de très nombreux cristaux de cholestérine. La radiographie, après tétraiode, ne donne pas d'ombre vésiculaire. Intervention le 6 avril 1927 (Desmarest). Incision transversale, libération difficile, double ligature du cystique, péritonisation com-

plète, la vésicule contient deux gros calculs. Suites opératoires normales sauf le troisième jour, apparition de quelques vomissements sanguinolents. Sortie le 29 avril 1927. Malade non revue.

Obs. 25. — Gos., entre le 27 octobre 1927 à l'hôpital Ambroise-Paré pour cholécystite calculeuse subaiguë avec poussée fébrile. La radiographie, après tétraiode, ne permet pas d'obtenir une image vésiculaire. Intervention le 16 novembre 1927 (Desmarest). Incision transversale. La vésicule est cachée par des adhérences unissant bord antérieur du foie et côlon transverse. La libération vésiculaire est laborieuse. Décortication sous-séreuse permettant d'isoler la vésicule au milieu des organes qui lui adhèrent. Ligature des vaisseaux, péritonisation totale. Suites opératoires sans incident. Malade sort le 4 décembre 1927. Revue en mai 1929. Très bon état général, enceinte actuellement de trois mois. La région opératoire est souple et non douloureuse. A donné d'excellentes nouvelles après un accouchement normal. Résultat excellent.

Obs. 26. — Mon., 38 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 7 décembre 1927 pour cholécystite calculeuse. Intervention le 9 décembre 1927 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse facile. Double ligature du cystique, péritonisation complète, fermeture sans drainage. La vésicule contient un gros calcul. Suites opératoires troublées par des poussées fébriles à 38,4 38,6, de petites crises douloureuses qui durèrent les trois premiers jours. Mais il n'y eut aucune réaction péritonéale, aucun empâtement de la région permettant de croire à une complication locale. Sort le 25 décembre en excellent état général. Revue en février 1928, elle conserve un point douloureux pariétal mais son état général est maintenant excellent. Revue en

juin 1929. Les douleurs pariétales ont disparu, la cicatrice est maintenant souple et indolore. Résultat tardif excellent.

Obs. 27. — Bar., 29 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 4 février 1928 pour cholécystite chronique. Intervention le 25 janvier 1928 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse facile, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires troublées par quelques vomissements bilieux qui se répètent pendant les cinq premiers jours. Sort le 9 février 1929. Revue en juin 1929. Etat général est assez bon. Toutefois, elle doit suivre un régime et prendre régulièrement du sulfate de soude pour éviter de petites crises douloureuses que son médecin traitant attribue à son insuffisance hépatique. L'état local est très bon, la cicatrice est parfaitement souple. Bon résultat.

Obs. 28. — Cor., 36 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 10 janvier 1928 pour cholécystique chronique. Le tubage duodénal ne permet pas d'obtenir de bile vésiculaire, la radiographie après tétraiode, ne donne pas d'image de la vésicule. Intervention le 15 février 1928 (Desmarest). Incision transversale, décortication première du cystique, ligature double et section puis décortication rétrograde, la vésicule se rompt, péritonisation par un double surjet, fermeture sans drainage. Suites opératoires sans incident. Sort le 29 février 1928. Revue en décembre 1928. Bonne digestion. Bon état général. Pas de douleurs abdominales. Bonne paroi. Revue en juillet 1929, état général et local excellents.

Obs. 29. — Fig., 66 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 19 janvier 1928 pour cholécystite calculeuse. Le tubage duodénal donne une bile B. très épaisse contenant beaucoup de cristaux de cholestérine. La radiographie après tétraiode montre une ombre vésiculaire très large contenant l'image

claire d'un calcul. Intervention le 17 février 1928 Desmarest . Incision transversale. Grosse vésicule faiblement adhérente, décortication difficile, la vésicule se rompt sur le calcul qu'elle contient. Prélèvement de bile. Péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. La culture de la bile est restée négative. Revue en décembre 1928. Bon état général et local. Revue en juillet 1929. Etat général excellent. Ne suit aucun régime. A engraissé de 4 kg. La cicatrice est souple, indolore, la paroi est bonne. Résultat excellent.

Obs. 30. — Roc., 37 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 27 janvier 1928 pour cholécystite calculeuse. Le tubage duodénal donne une bile vésiculaire contenant de nombreux cristaux de cholestérine. La radiographie, après tétraiode, donne l'image d'une vésicule allongée et déformée. Intervention le 8 février 1928 (Desmarest). Incision transversale. Décortication difficile Péritonisation imparfaite. Fermeture sans drainage. Suites opératoires sans incident sauf quelques vomissements qui se répètent. Revue en mars 1928. Bonne cicatrice. Bon état général. Embonpoint de 2 kg. Revue en décembre 1928. Etat général excellent. Embonpoint de 9 kg. Revue en juin 1929. Aucune douleur. Aucun trouble digestif. La cicatrice est souple. non douloureuse, la paroi solide. Résultat excellent.

Obs. 31. — Pri . 24 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 15 juin 1928 pour cholécystite calculeuse. La radiographie, après tétraiode, montre une grosse vésicule irrégulière. Intervention le 26 juin 1928 (Desmarest) ; incision transversale, grosse vésicule à paroi épaisse, décortication sous-séreuse, ligature de l'artère, péritonisation totale. Fermeture complète. Suites opératoires simples mais en octobre 1928, plusieurs éliminations de soies. Bon état général. Revue en octobre 1929. Bon état général, ne souffre plus de troubles

digestifs. Ne suit aucun régime. A engraissé. La cicatrice, solide, présente une petite zone douloureuse sans qu'il soit possible d'affirmer l'existence d'adhérences. Bon résultat.

Obs. 32. — Mar., 27 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 4 février 1929 pour cholécystite calculeuse. Le tubage duodénal permet d'obtenir une bile B. chargée de cristaux de cholestérine. La radiographie, après tétraiode, donne une image vésiculaire à peine visible. Intervention le 13 février 1929 (Desmarest). Incision transversale. Décortication sous-séreuse, péritonisation totale, fermeture sans drainage. Suites opératoires, petit hématome pariétal. Etat général bon. Sort le 28 février 1929. Revue en juin 1929. Persistance de quelques troubles digestifs et surtout un état nauséeux le matin A engraissé de 5 kg. La cicatrice est non douloureuse et solide. Bon résultat.

Obs. 33. — The., 32 ans, entre à l'hôpital d'Issy-les-Moulineaux pour cholécystite calculeuse, le 21 juin 1928. La radiographie, après tétraiode, montre l'existence de deux calculs vésiculaires. Intervention le 26 juin 1928 (Debray) verticale, médiane. Vésicule adhérente que l'on libère facilement. Décortication sous-séreuse, double ligature du cystique, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. Sort le 14 juillet 1928 Revue en octobre 1929. A engraissé 8 kg. Ne souffre plus du tout de troubles digestifs, la région opératoire est souple et indolore. Résultat excellent.

Obs. 34. — Gra., 34 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 22 juin 1928. Le tubage duodédal donne une bile A. normale mais pas de bile B. La radiographie, après tétraiode, donne une image vésiculaire irrégulière. Intervention le 27 juin 1928 (Desmarest). Incision transversale, décortication sous-séreuse facile, double surjet péritonéal, fermeture com-

plète de la paroi. Suites opératoires normales. Sort le 26 juillet 1928. Revue en octobre 1929. Bon appétit, bonne digestion, a engraissé de 3 kg. mais, il y a six mois, petite crise douloureuse de la région hépatique avec douleur de l'épaule droite et poussée fébrile. C'est la seule crise douloureuse, que son médecin a attribué à une récidive de coliques hépatiques. La cicatrice est souple, indolore, solide.

Obs. 35. — Bar., 55 ans, entre à l'hôpital d'Issy-les-Moulineaux pour cholécystite chronique le 17 août 1928. Intervention le 20 septembre 1928 (Debray). Incision transversale, vésicule bourrée de calculs, décortication sous-séreuse, petite éraillure de la paroi, double ligature du cystique, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. Sort le 6 octobre. Revue plusieurs fois au cours de l'année 1929 pour furonculose. Plus aucune douleur abdominale. Plus aucun trouble digestif. La cicatrice est bonne, souple et indolore. Résultat excellent.

Obs 36. — Mou., 46 ans, entre à l'hôpital d'Issy-les-Moulineaux le 17 septembre 1928 pour cholécystite chronique traitée médicalement depuis quatre ans. Intervention le 3 octobre 1928 (Debray). Incision transversale, vésicule grosse, blanchâtre, tendue, libre, décortication sous séreuse, double ligature du cystique, péritonisation totale, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. Sort le 28 octobre 1928. Malade non revue, mais a donné de ses nouvelles par lettre : bon état général, ne souffre plus de la région opérée, plus de troubles digestifs. Résultat excellent.

Obs. 37. — Bem., 27 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 27 octobre 1928 pour cholécystite calculeuse. Le tubage duodénal ne permet pas d'obtenir de bile B. La radiographie, après tétraiode, montre une grosse vésicule distendue. Intervention le 14 novembre 1928 (Desmarest) Inci-

sion transversale. Libération de la vésicule, décortication sous-séreuse, double ligature du cystique, péritonisation complète, fermeture sans drainage. Suites opératoires simples troublées par quelques vomissements. Sort le 11 décembre 1928. Revue en juin 1929. Excellent état général. Embonpoint de 8 kilogs plus aucun trouble digestif. Localement la cicatrice est souple mais un peu douloureuse.

Obs. 38. — Ros.. 28 ans, entre à l'hôpital d'Issy-les-Moulineaux pour cholécystite chronique traitée depuis longtemps médicalement. Intervention le 19 décembre 1928 (Debray). Grosse vésicule contenant un calcul libre, décortication sous-séreuse double ligature du cystique, ligature de l'artère. Péritonisation complète. Fermeture sans drainage. Suites opératoires normales. Sort le 8 janvier 1929. Revu en octobre 1929. Quelques troubles digestifs persistent encore (quelquefois, des vomissements, souvent une débâcle diarrhéique vraisemblablement sous la dépendance d'une ancienne entéro-colite déjà traitée). Cicatrice souple mais un peu douloureuse.

Obs. 39. — Sur., 47 ans, entre à l'hôpital Lariboisière pour cholécystite calculeuse. Intervention (Debray). Incision transversale, vésicule contenant deux gros calculs libres. Décortication sous-séreuse, ligature de l'artère, double ligature du cystique, péritonisation complète du lit vésiculaire, fermeture complète de la paroi. Suites opératoires normales. L'opération est trop récente pour qu'il soit possible de parler de suites éloignées (9 août 1929).

Obs. 40. — Far., 33 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré pour cholécystite calculeuse Intervention (Desmarest) le 22 janvier 1929. Incision transversale, vésicule épaisse, blanchâtre, scléro-atrophique : on essaye une sous séreuse que l'on termine difficilement. Double ligature du cystique, pé-

ritonisation très incomplète, fermeture cependant sans drainage après s'être assuré que rien ne saigne dans le lit vésiculaire. Suites opératoires troublées par l'apparition d'un hématome suppuré qui nécessite un drainage secondaire ; sort le 27 février avec un excellent état général et une paroi suffisamment bonne.

Obs. 41. — Lomb., entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 20 mai 1929, pour cholécystite calculeuse. Intervention (Desmarest) 28 mai 1929 Incision transversale, vésicule rouge contenant un calcul de la grosseur d'une noisette. Cholécystectomie sous-séreuse. Double ligature du cystique, fermeture complète de la paroi. Suites opératoires normales. Sort le 12 juin 1929.

Obs. 42. — Lamb., 23 ans, entre à l'hôpital Ambroise-Paré le 27 juillet 1929 pour cholécystite chronique Intertervention (Desmarest) le 7 août 1929. Incision transversale, vésicule plus blanche que normalement mais ne contenant aucun calcul. Cholécystectomie sous-séreuse. Double ligature du cystique. Péritonisation complète. Fermeture sans drainage. Suites opératoires sans incident. Sort le 20 août 1929.

CONCLUSIONS

Nous voudrions que, de cette étude, ces quelques conclusions se dégagent d'elles-mêmes :

1° La décortication sous-séreuse de la vésicule est un procédé opératoire sûr, simple et facile à réaliser si on veut bien agir avec patience et prudence ;

2° L'existence constante d'un tissu cellulaire lâche sous-péritonéal rend cette décortication réalisable dans presque tous les cas de cholécystites aiguës ou chroniques.

3° La cholécystectomie sous-séreuse nécessite exceptionnellement la ligature de l'artère cystique et met ainsi à l'abri des hémorragies secondaires.

4° La double ligature du cystique qui, en l'absence de ligature artérielle, garde l'intégrité de sa vascularisation, peut, sans crainte, être abandonnée sans aucun drainage.

5° La péritonisation complète du moignon cystique et du lit vésiculaire donne à cette suppression du drainage toute la sécurité que l'on doit exiger d'une technique chirurgicale.

6° L'abstention de tout drainage donne des suites immédiates plus simples, moins douloureuses et moins pénibles.

7° Enfin et surtout, la cholécystectomie sous-séreuse sans drainage est actuellement le meilleur procédé qui permette de prévenir ou de limiter la formation d'adhérences douloureuses épiploïques ou viscérales qui font perdre à l'opéré tout le bénéfice de l'opération.

Vu, *le Doyen*,
H. ROGER.

Vu, *le Président de la thèse*
H. HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

Alder. — Deux cas de cholécystectomie sous-séreuse (Société des Sciences Médicales de Lyon, *Lyon Médical*, 16 janvier 1907, p. 567).

Bakes J. — Zur drainagelosen Gallenchirurgie (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LV, n° 30, 1928, p. 1858).

Badwin J. H., Gilmour W.R. — Studies in biliary-tract surgery : a survey of 130 consecutive surgical cases (*Annals of surgery*, t. LXXX, 1924, p. 697).

Berard. — Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse (Société de chirurgie, 5 novembre 1903 (*Lyon Médical*, 1903, p. 835).

Bokastoff O — Der drainagelose Verschlub der Bauchhöhle nach Cholecystektomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LI, n° 29, 1924, p. 1564).

Bottomley J. J. — The question of drainage in cholecystectomy (*Boston medical and surgical journal*, 1920, t. CLXXXIII, p. 232).

Brooks C. O. — Surgery of the gall-bladder (*American journal of surgery*, 1928, t. V, p. 133).

Buchbinder J. R. — The omission of drainage following cholecystectomy (*Journal of american medical association*, 1921, t. LXXVII, p. 256).

Buffe. — De la cholécystectomie sous-séreuse (*Thèse de Lyon*, 1907).

Burcknardt H. — Die Deckung des Cysticusstumpfes

durch das Ligamentum teres (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1921, t. XLVIII, p. 1230)).

Castaigne. — Persistance des crises douloureuses après interventions chirurgicales pratiquées pour cholécystectomie calculeuse (*Journal médical français*, t. VIII, n° 4-15 avril 1914).

Chalier A. — Traitement des cholécystectomies aiguës par la cholécystectomie à chaud sans drainage (Société de chirurgie de Lyon *Lyon Chirurgical*, t. XX, n° 1, 1924, p. 83).

Cotte. — La cholécystectomie sous-séreuse (*Lyon chirurgical*, 1908, n° 1, p. 20).

Cotte et Villard. — Discussion sur le traitement des cholécystites (*Société de chirurgie de Lyon, 15 novembre 1923 in Lyon chirurgical*, 1923, n° 1, p. 90).

Davis B. B. — Opérative mortality and end results in gallbladder surgery *Annals of surgery*. n° 5, 1928. t. LXXXVII, p. 735).

Desmarest. — De la cholécystectomie sous séreuse sans drainage (*Journal de Chirurgie*, t. XXX, n° 6, décembre 1927, p. 642).

Descomps P. — Le tronc cœliaque, Paris, 1910.

Doyen. — Cholécystectomie sous séreuse (*Revue Pratique de Médecine et de Chirurgie*, 1899).

Doyen. — Décortication sous-séreuse de la vésicule biliaire (*Congrès Français de Chirurgie*, Paris, 1899).

Finsterer. — Succès et échecs de la chirurgie de la lithiase biliaire (*Medizinische Klinik*, t. XXII, n° 49 et 50, 3 et 10 décembre 1926).

Flechtenmacher C. — Zur Frage der fohlerhaften Ligatur des Ductuscysticus bei der Cholecystektomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1926, t. LIII, p 1625).

Fowler R. S. — Cholecystectomy without drainage (*American journal of surgery*, 1928, t. V, p. 8).

Goldmann A. — Ueber den Verschluss der Bauchhöhle

nach der einfachen cholecystektomie (*Berliner Klinik Wochenschrift*, t. XLIX, 1912, p. 1649).

Gosset. — De l'incision transversale dans les opérations sur la vésicule et sur les voies biliaires (*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie de Paris*, t. XLVIII, 1922, p. 546).

Gosset et Desmarest. — Les artères de la vésicule et la cholécystectomie (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVIII, 1911, p. 15).

Graham, Cole, Copher et Moore. — Diseases of the gall-bladder and bile-ducts (*Baillière, Tindall, Londres*, 1929).

Haberer. — Zur Frage der « idealen » Cholecystektomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. XLVII, 1920, p. 1530).

Hartmann. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique. Chirurgie des voies biliaires (*Masson*, Paris, 1923).

Hautefort. — Résultats expérimentaux de l'ablation de la vésicule biliaire (*Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, H. Hartmann, Masson, Paris, 1923, p. 208).

Hesse E. — Ueber die Frühoperation der akuten Cholecystitis, mit Beiträgen zur Frage des völligen Nahtverschlusses der Bauchdecken nach Cholecystektomie und Choledocotomie (*Bruns's Beiträge zür klinische Chirurgie*, t. CXXXII, 1924, p. 607).

Hoffmeister. — Cholécystectomie « idéale » combinée à une laparotomie (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXI, n° 51, 21 décembre 1923, p. 1503).

Lazarrini L. — Rilievi clinici su 119 interventi operativi sulle vie biliari con un contributo allo studio degli esiti lontani (*Archivio italiano di chirurgia*, t. VIII, 1924, p. 541).

Lecene. — Thérapeutique chirurgicale (*Masson*, Paris, 1926, p, 349).

Lehmann H. — Zur Indikation der operativen Behandlung der Cholelithiasis (*Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XXXVI, 1923, p. 428).

Lick E. — Misserfolge nach Gallensteinoperationen (*Ar-*

chir für klinische Chirurgie, t. CXXVIII, 1924, p. 118).

Marion. — Technique chirurgicale *Masson*, Paris. 1927, p. 647).

Martin G. F. — Some modifications of technic in gallbladder surgery *Boston medical and surgical journal*. 1921, t. CLXXXIV, p. 325).

Mayo C. H. — Cholecystectomy with modified drainage (*Minnessota med.*, t. IV, janvier 1921).

Mayo-Robson J. W. — Diseases of the gallbladder and bile-ducts (*William Wood New-York*, 1904).

Moynihan. — Gallstones and their surgical treatment (*Philadelphia W. B. Sannders*, 1905).

Olch. — Résultats finaux de 100 cas de cholécystites chroniques traitées par cholécystectomie *American Journal of the Medical Sciences*, vol. CLXXIII, n° 3, mars 1927).

Orth O. — Unechte Rezidive nach Gallensteinoperationen und deren Ursachen (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. L, 1923, p. 671).

Orth H. — Zur Frage der « idealen » Cholecystektomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. XLVIII, 1921, p. 1106).

Pauchet. — Pratique chirurgicale illustrée, Fasc. 4, Paris.

Petit-Dutaillis. — Séquelles de la cholécystectomie (*Bulletin Médical Paris*, 1925, p. 1170).

Petit-Dutaillis. — Résultats de la cholécystectomie (in *Travaux de chirurgie anatomo-clinique : chirurgie des voies biliaires* : *Henri Hartmann*, *Masson*, 1923, p. 296).

Petit-Dutaillis. — Etude des suites éloignées de la cholécystectomie pour cholécystites d'après 100 cas revus (*Thèse de Paris*, 1922).

Pototschnig G. — Contributo alla chirurgia della litiasi biliare con particolare riguardo alla calcolosi del coledoco (*Archivio italiano di chirurgia*, t. XIV, 1925, p. 533).

Pieri G. — L'incision transversale dans les opérations sur les voies biliaires (*Journal de Chirurgie*, t. XXX, 1927, p. 260).

Pohl W. — Zur Drainage nach Bauchoperationen speziell Gallenblasenoperation (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LII, 1926, p. 400).

Polya E. — Gallencyste nach « idealen » cholecystektomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LII, 1925, p. 2341).

Pribram. — Progrès dans le traitement chirurgical de la lithiase biliaire (*Medizinische Klinik*, t. XXIV, n° 30 et 31, août 1928).

De Rio Branco P. — Anatomie et médecine opératoire du tronc cœliaque en particulier de l'artère hépatique (*Thèse de Paris*, 1912).

Richter H. M. — The technic of gallbladder and common duct surgery (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, novembre 1919, t. XXIX, p. 455).

Richter H. M. — Closure of the abdomen without drainage after cholecystectomy and choledocotomy (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. XXXIV, février 1922, p. 180).

Robbiani A. — Résultats éloignés des cholécystectomies pour cholécystites calculeuses (*Boletin del instituto de clinica quirurgica*, t. IV, n° 33, 1928).

Schangel G. — De la cholécystectomie sous-séreuse dans l'opération de Kehr (*Thèse de Lyon*, 1908).

Schheele. — Flore des voies biliaires et cholécystectomie (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CXXV, 1922, p. 337).

Schulz A. — Zur sogenannter « idealen » Cholecystektomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. XLVIII, p. 369).

Schwartz, A. et Huard, S. — Accidents de la cholécystectomie (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1928, p. 914).

Steden E. — Ueber Rezidivschmerzen nach Cholecystektomie bei steinhaltiger und steinfreier Gallenblase (*Deutsche Z. für Chirurgie*, t. CLXXXVI, 1924, p. 59).

Sweek, W. O. et Woodmann, T. W. — Cholecystectomy with cyst duct drainage as a routine procedure (*American journal of surgery*, t. III, 1927, p. 573).

Stetten (de W.). — Cholecystectomy without drainage with special reference to the covering of the cyst duct stump with peritoneal flap. (*Surgical clinic of North America*, t. V, p. 489, 1925).

Tixier. — Technique de la cholécystectomie sous-séreuse de la vésicule biliaire (*Société de Chirurgie de Lyon, Lyon Médical*, 1904, p. 220).

Tixier. — Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse (*Société de Chirurgie, 5 novembre 1903, Lyon Médical*, 1903, p. 335).

Tixier. — Opération de Kehr sous-séreuse (*in Pratique Chirurgical Illustrée Victor Pauchet*, Fasc. 13, p. 53).

Vigyazo J. et Schulhof E. — Studium zur Gallenblasenchirurgie (Vorlaüfige Mitteilung) (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LII, 1925, p. 1351).

Villard. — Cholécystectomie sous-séreuse pour empyème de la vésicule (*Société de Chirurgie, 5 novembre 1903. Lyon Médical*, 1903, p. 835).

Villard F. et Duclos J. — Résultats éloignés et immédiats des interventions sur les voies biliaires *Maloine, Paris*, 1926).

Vincent. — Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse (*Société de Chirurgie, 5 novembre 1903, Lyon Médical*, 1903, p. 835).

Vincent. — Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse (*Société de chirurgie 3 décembre 1903, Lyon Médical*, 1903, p. 942).

Walzel P. — Die Weidergutmachung nach unzweckmässig ausgeführten Gallenoperationen (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CXCV, 1926, p. 954).

Wangensteen O. H. — Should the gallbladder be removed withtout drainage (*Annals of surgery*, t. LXXXIV, n° 6, 1926, p. 821).

Willis A. M. — The advantage of cholecystectomy in the avoidance of adhesions in gallbladder surgery (*Annals of surgery*, t. LXVI, 1917, p, 411).

Willis A. M. — Cholecystectomy without drainage (*Journal American Medical Association*, décembre 1913, p. 1943).

Willis A. M. — Removal of the gallbladder without drainage (*Journal of the American Medical Association*, t. LXXVI, mars 1921, p. 712).

Witzel O. — Zur Gallenblasen Extirpation (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. XXXIII, 1906, p. 865).

Witaker L. R. — Cholécystectomie sous-séreuse (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. XLX, 1928, n° 6).

Yates J. L. — Indications for cholecystectomy and a method of performing it (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, t. XXX, 1920, p. 514).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

ETAT ACTUEL DE LA QUESTION :

1° La cholécystectomie sous-séreuse 13
2° La suppression du drainge 16

TECHNIQUE OPÉRATOIRE :

Premier temps 26
Deuxième temps 30
Troisième temps 33

SUITES OPÉRATOIRES :

Immédiates 49
Eloignées 53

OBSERVATIONS 61

CONCLUSIONS 77

BIBLIOGRAPHIE 79

1930. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.